FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Fernand HIRSCHBERG

Né le 26 décembre 1893 à Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

LES PSYCHOSES TRANSITOIRES

DE

L'ALCOOLISME SUBAIGU

(Travail du Service de M. le Dr Merklen à l'Hôpital Tenon)

Président : M. Marcel LABBÉ, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1924

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino laryngologie	SEBILEAU
Clinique de propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIÈRE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE

JULES OPPERT (1825-1905)

Membre de l'Institut

Professeur au Collège de France

MON GRAND-PÈRE

RUBENS HIRSCHBERG (1859-1920)

Docteur en Médecine

MON PÈRE

THÉOPHILE REBLAUD (1860-1923)

Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

MON BEAU-PÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBÉ

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire de présider cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MERKLEN

Médecin des Hôpitaux de Paris

Professeur de Clinique médicale à Strasbourg

En témoignage de mon profond attachement et de toute mon affection.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

1912. — Monsieur le Docteur RICARD.
1913. — Monsieur le Docteur LEGENDRE.

Externat

1914. — Monsieur le Professeur agrégé RIEFFEL.
1919. — Monsieur le Docteur RIST.

Internat

1920. — Monsieur le Docteur LAUBRY.
1921. — Monsieur le Docteur RIST.
1922 — Monsieur le Docteur GUINON.
1922 — Monsieur le Professeur Marcel LABBÉ.
1923 — Monsieur le Docteur MERKLEN.
1923 — Monsieur le Docteur LEVY-VALENSI.
1923 — Monsieur le Docteur PAISSEAU.

A MM. les Docteurs AMEUILLE, MILHIT, RIVET, SÉZARY, STÉVENIN
Médecins des Hôpitaux de Paris

A mes Maitres de Conférence

MM. Noel FIESSINGER, René MOREAU, J. CHARRIER

MEIS ET AMICIS

DU MÊME AUTEUR

L'examen du cœur en position tranverse. (En collaboration avec MM. Laubry et Mallet. *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, octobre 1921, p. 394).

Bromide généralisée à type papulo-végétant. (En collaboration avec M. Guinon. *Société de pédiatrie*, 20 juin 1922).

Péritonite purulente à pneumocoques, guérie par abcédation rectale. (En collaboration, avec M. Guinon. *Société de pédiatrie* 20 juin 1922).

Tumeur cérébrale ayant provoqué une réaction méningée chez un enfant fils de parents syphiliques. (En collaboration avec M. Guinon. *Société de pédiatrie*, 20 juin 1922).

Les résultats économiques et sociaux du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (En collaboration avec M. Le Docteur Rist. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 décembre 1922, *et bulletin et mémoires*, janvier 1923).

Kyste de la glande surrénale. (En collaboration avec M. Sézary. *Société anatomique*, 17 février 1923 *et bulletin*, mai 1923).

L'aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. (En collaboration avec M. Rist. *Bulletin du comité national de défense contre la tuberculose*, mars avril 1923).

L'autohémothérapie dans la furonculose et les pyodermites. (En collaboration avec M. Merklen. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 6 juillet 1923 *et bulletins et mémoires*, juillet 1923).

Hypertension et épreuve de la phénol-sulfone-phtalneine. (En collaboration avec MM. Merklen et Minvielle. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, octobre 1923 *et bulletins et mémoires*, 25 octobre 1923).

Statistique relative au fonctionnement du service des psychiques de l'hôpital Tenon. (En collaboration avec MM. Merklen et Minvielle. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 26 octobre 1923, *et bulletins et mémoires*, novembre 1923).

Valeur diagnostique de la polynucléose durable au cours de la méningite tuberculeuse, concomittance de granulie viscérale. (En collaboration avec M. Merklen. *Paris-Médical*, 24 novembre 1923).

INTRODUCTION

L'alcool est un de ces « poisons de l'intelligence » dont le rôle nocif a été mis en lumière par de nombreux auteurs.

Depuis la simple ivresse jusqu'au délire chronique avec démence des vieux buveurs la liste est longue des états psychiques provoqués par l'éthylisme.

A côté du délirium tremens, l'abus des boissons alcooliques peut provoquer des psychoses très particulières, que Lasègue avait déjà rangées sous le nom d'alcoolisme subaigu et dont la symptomatologie laisse tantôt croire à une crise de dépression mélancolique, tantôt à un état d'excitation maniaque, voire même à un délire à base d'interprétation.

Cette allure insolite peut conduire à des erreurs de diagnostic, parfois même à des internements injustifiés, c'est à ces psychoses que nous voulons consacrer ce travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lespsychosestran0000vari

CHAPITRE I

—

DÉFINITION

Nous nous en tiendrons à la définition même de Lasègue. « J'appelle alcoolisme subaigu, la forme apyrétique, exempte de grandes perturbations du système nerveux, coma, fureur, etc..., et des troubles de circulation locale ou générale qui accompagnent la fièvre alcoolique aiguë, d'une durée qui excède rarement deux septénaires et qui presque toujours est de moins d'une semaine, caractérisé par un état délirant assez particulier pour qu'à lui seul, il permette d'affirmer la nature de la maladie, c'est une forme assez exactement définie, quoiqu'elle s'interpose entre l'acuité franche et la chronicité, pour autoriser un pronostic, assez commune pour qu'elle réponde aux trois quarts des cas qu'il est donné d'observer ».

HISTORIQUE

Les conséquences mentales de l'abus des boissons alcooliques ont été connues de la plus haute antiquité, mais ce n'est qu'en 1856 que Magnus Huss créa le mot d'alcoolisme.

Pour ce qui est du chapitre très particulier que nous abordons, il tient tout entier dans les pénétrantes études de Lasègue. En sa qualité de médecin de l'infirmerie du Dépôt, ce sagace clinicien avait été à même de voir défiler tous les types possibles d'alcooliques, il a eu le grand mérite d'en fouiller tous les détails, d'en isoler tous les symptômes.

Ces descriptions, bien que vieilles d'un demi-siècle n'ont encore été égalées par personne ; ce sont d'ailleurs ses travaux qui nous serviront de guide et de modèle.

Après lui, d'autres auteurs ont étudié la question des psychoses alcooliques. Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici tous les travaux parus à ce sujet, nous citerons seulement le rapport de Dupré, sur la confusion mentale alcoolique, les ouvrages de Régis sur l'onirisme, de Cololian sur les alcooliques persécutés, et enfin tout récemment, le livre de Benon sur l'alcoolisme cérébral.

ÉTIOLOGIE

L'alcoolisme subaigu est relativement rare. Pour notre part nous n'avons constaté que 3 cas sur un total de 296 malades, et notre statistique englobe deux années d'observation.

Nos recherches nous ont permis de retrouver 36 exemples que nous résumons à la fin de ce travail. Il est difficile de calculer exactement la proportion des psychoses au cours de l'alcoolisme, les chiffres varient beaucoup avec les auteurs, et il est encore plus délicat

d'essayer d'apprécier la fréquence des cas d'alcoolisme subaigu par rapport à l'ensemble. Suivant les observateurs, les classifications et partant les proportions changent considérablement.

Toutefois, les observations sont loin d'être très nombreuses. C'est ainsi que si l'on suit les statistiques fournies par les auteurs allemands, on voit que pour un très grand nombre de cas et pour une époque allant de 1917 à 1921, Hollenderski a constaté deux cas d'hallucinations pures, un cas d'hallucinations visuelles et auditives, trois cas de délire d'interprétation.

Pour Peretti, nous relevons les chiffres suivants : *1918-1919* : 10 cas de délire alcoolique (un cas d'hallucinose, un cas de dépression mélancolique).

1919-1920 : 32 cas de délire (un cas d'hallucinations auditives, un cas d'hallucinations mixtes).

1920-1921 : 20 cas de délire (5 cas d'hallucinations, 2 cas de délire de jalousie).

En fait, tout cela est fort peu, bien que correspondant certainement au nombre exact des cas observés, leur rareté incitant toujours les auteurs à les publier.

Etant donné la fréquence de l'intoxication alcoolique, le nombre élevé des psychoses qu'elle provoque il est remarquable que nous ayons si peu souvent l'occasion de constater de l'alcoolisme subaigu.

Peut-être que des circonstances spéciales interviennent à son origine? Nous avons examiné à ce point de vue toutes les observations. Tantôt c'est à la suite d'excès manifestes que l'accès se déclenche, c'est le delirium a potu nimio, parfois au contraire, il succède à la sup-

pression de l'excitant habituel, c'est le delirium a potu suspenso, exceptionnellement il s'agit de sujets qui ne sont pas des buveurs d'habitude, mais dans la plupart des cas il s'agit d'alcooliques chroniques. Nous avons recherché si nos sujets ne présentaient pas des signes d'autres intoxications surajoutées, fièvre, infection, qui pourraient donner à ces formes cette allure si spéciale. D'accord avec Klippel nous avons toujours noté des signes non douteux d'insuffisance hépatique, notamment dans l'observation n° 1 il existait du subictère des conjonctives, un foie gros et douloureux et les urines montraient la présence d'urobiline non seulement à jeun, mais après l'ingestion de sucre ou d'alcool, ce sont là des preuves nettes d'une déficience de la cellule hépatique.

Chez notre malade n° 1 le premier accès a coïncidé avec une grossesse, pourtant elle n'était pas enceinte lors des récidives ; dans aucune des autres observations on ne signale d'infection surajoutée.

Une question vient alors immédiatement à l'esprit, quel était le psychisme de ces malades avant leur accès ?

Il est certain, que si le vin provoque tantôt une crise de mélancolie, tantôt un état de manie, c'est qu'il existe chez chacun une prédisposition spéciale, certains auteurs mêmes ne seraient pas éloignés de voir dans cette question de terrain, la cause qui modifie les réactions mentales chez ces malades.

En poussant à fond l'enquête psychologique chez nos sujets, nous avons pu, comme d'autres observateurs,

noter des anomalies du caractère, qui mettent sur la voie d'un déséquilibre des fonctions mentales, ce sont souvent des égoïstes, des coléreux,des impulsifs, parfois ce sont des obsédés. Enfin il n'est pas jusqu'à leurs tendances qui ne jouent leur rôle. L'alcool en libérant le contrôle de la logique, permet à leurs cellules cérébrales d'extérioriser des idées jusque là refoulées ; dans l'observation n° 1 il est question d'un refus d'ordre sexuel, dans l'observation n° 26 le malade rêve de sa fille, objet de ses préoccupations intimes, tandis que chez notre troisième sujet, observation n° 25, le délire lui fait entrevoir la campagne de ses rêves.

Legrain pense que l'alcool ne fait pas délirer si l'individu est sain et que le délire n'est qu'une production parasite, favorisée par certaines contingences organiques, nous ne nions pas cette possibilité, mais il nous paraît plus logique de faire intervenir le psychisme du malade, sans toutefois aller jusqu'à admettre qu'ils soient tous des mentaux, qui, succombant à l'impulsion irrésistible de boire, donnent à leur délire un aspect en rapport avec la maladie mentale, manie, mélancolie, délire à base d'interprétation dont ils sont atteints, que l'intoxication n'a fait que révéler et qui d'ailleurs n'aurait pas tardé à se manifester tôt ou tard .Nous serions plutôt de l'avis de Benon qui a noté que chez le sujet normal le délire alcoolique est court et rapidement guérissable alors qu'au contraire chez le dégénéré l'évolution est plus longue, les récidives plus fréquentes. Pour cet auteur les hallucinations seraient d'autant plus riches que le malade est un émotif constitutionnel dont

le tempérament intervient pour donner à ces psychoses un aspect maniaque, mélancolique ou euphorique.

Il nous a été impossible de préciser si l'alcool devait être plus incriminé que le vin. Comme de juste, aucun de nos malades ne reconnaît franchement qu'il boit, ce ne sont que des demi-aveux où les renseignements fournis par la famille qui permettent de préciser le diagnostic. Il ne semble pas d'ailleurs que l'on puisse accuser une forme d'intoxication plutôt qu'une autre. Si dans l'une de nos observations, il s'agit d'abus de vin, dans une autre nous avons affaire à un cabaretier, amateur d'apéritifs et de soi-disants digestifs.

Nos cas personnels, ceux que nous avons rassemblés sont assez nombreux pour que nous puissions dire que ces formes de délire sont plus souvent l'apanage de l'homme que de la femme, nous trouvons 28 hommes contre 8 femmes.

En tous cas il s'est toujours agi d'intoxication par la bouche et non pas d'intoxication professionnelle par des vapeurs alcooliques.

Pour ce qui est de l'âge, il semble qu'il s'agisse surtout d'une affection de l'âge moyen. Benon d'après ses statistiques la trouve de 30 à 45 ans. Ritterhaus signale cependant un cas survenu chez un enfant de douze ans.

CHAPITRE II

—

SYMPTOMATOLOGIE

Comme dans toute intoxication nos malades passent par trois phases, que nous allons étudier séparément.

Phase d'invasion, phase d'hallucinations avec délire, phase de régression.

Phase d'invasion. — L'invasion est courte, tantôt c'est un buveur d'habitude, qui fait un excès, parfois c'est un sujet habituellement sobre, qui se prend de boisson, tantôt c'est à l'occasion d'un événement heureux, le plus souvent c'est pour noyer un chagrin, que le malade obsédé se livre à un abus d'alcool.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre en détail la description de l'ivresse, tel n'est pas l'objet de cette étude, nos malades diffèrent peu du type habituel et très rapidement ils entrent dans la seconde phase.

Phase d'hallucinations. — Le malade rêve éveillé, suivant l'heureuse expression de Lasègue, ces hallucinations revêtent plusieurs types, elles peuvent être vi-

suelles, auditives, olfactives, tactiles, voire psycho-motrices. Elles peuvent être pures ou intriquées.

De toutes façons, ces hallucinations présentent des caractères généraux pathognomoniques. Elles apparaissent le soir, dominent pendant la nuit, elles sont excessivement mobiles, multiples, fuyantes, kaléidoscopiques, le plus souvent professionnelles, généralement pénibles.

Les hallucinations visuelles dominent le tableau clinique, tantôt ce sont de simples taches, mal limitées, peu colorées, parfois ce sont des éclairs, des lumières, le plus souvent, ce sont des visions complètes, nettes, terrifiantes. Elles se rapportent, plus ou moins, au métier ou à l'entourage du malade, elles sont animées de mouvements rapides et se succèdent avec une allure parfois vertigineuse. Le plus souvent les hallucinations visuelles accompagnent d'autres manifestations hallucinatoires des autres sens, pourtant, Benon a rapporté un cas d'hallucinose visuelle pure (Observation n° 2).

Les hallucinations auditives sont exceptionnelles; dans notre observation n° 1, elles dominaient la scène clinique et se faisaient à l'exclusion de toute représentation visuelle. Notre malade entendait distinctement ses ennemis lui parler, l'injurier. Ce n'était pas simplement des murmures indistincts, de brèves paroles, mais des phrases entières et en particulier l'annonce de nouvelles piqûres. Elle entendait ces mots avec ses deux oreilles tandis qu'une des malades de Roubinovitch distinguait les injures à droite, des consolations qui s'entendaient à gauche, celui de Vallon était injurié par les voix les plus rapprochées et encouragé par les voix les plus éloignées.

Lasègue pense que ce type d'hallucination est fort rare et qu'elles se bornent à des bruits étouffés, à des interjections, à des mots isolés, Régis insiste sur leur rareté, pourtant Specht est d'avis qu'elles sont beaucoup plus fréquentes, qu'on ne pense habituellement. Benon insiste sur le fait qu'elles se bornent à être élémentaires et peu différenciées.

Les hallucinations olfactives existent : le malade sent des odeurs abominables, nous n'en avons pas observées, mais nous avons retrouvé un cas de Sagel, où dominait une odeur « de pourri et d'ordure » ; plusieurs observations de Benon pour qui ces hallucinations sont l'apanage d'hérédité vésanique.

Les hallucinations tactiles sont plus fréquentes, elles s'expliquent d'ailleurs facilement. A un degré plus ou moins marqué ces malades ont de la polynévrite, dont les manifestations hyperesthésiques sont trop connues, pour que nous insistions sur la part qu'elles peuvent avoir dans un délire à base d'interprétation coénesthésique ; notre première malade en fournit un type remarquable, ses sensations de piqûres ne sont-elles pas autre chose que des hallucinations tactiles pures, de même l'un de ceux présenté par Vallon (observation n° 12) pensait avoir une pile électrique dans le corps et être brûlé par de l'électricité, ou bien les cas signalés par Lasègue ou tantôt le malade pense qu'un jet d'eau tombait sur son corps ou bien que des petits poissons ou des anguilles rampaient entre cuir et chair. La localisation de ces hallucinations tactiles est parfois fort curieuse et en rapport avec la sphère génitale. Un des malades de La-

sègue accusait sa famille de lui avoir mis un membre viril en plomb, qui n'était pas bien assujetti et qui le gênait, une des malades de Vallon (observation n° 12) se plaignait de serpents irritant ses organes génitaux.

Les hallucinations psycho-motrices se rencontrent : le sujet répond à ceux qui l'injurient avec une voix qui parle en son nom et qui sort de sa poitrine mais qui lui parait indépendante de lui-même. Aucun de nos malades n'en a présenté. Cololian a rapporté plusieurs observations relatives à ces faits, Vallon (observation n° 12) signale le cas d'un homme qui avait même la sensation d'avoir deux voix, l'une droite l'autre gauche, qui se contrariaient bien entendu, et qui appartenaient l'une à Dieu le Père, l'autre à la Sainte-Vierge.

Ces différents types d'hallucination ne sont pas nécessairement liées, notre première malade n'a jamais vu ses ennemis, de même les malades n° 11 et n° 12.

Parfois ces hallucinations se succèdent, c'est ainsi que le malade de Sagel (observation n° 10) ne présenta que tardivement des hallucinations visuelles. Quand les hallucinations se produisent dans plusieurs sphères à la fois, elles se complètent les unes les autres, alimentent le délire et lui donnent une apparence logique.

On a voulu distinguer, si dans ces cas il s'agissait d'hallucinations pures et si dans la plupart, il n'y avait pas lieu de penser à des illusions. Pour Legrain, la question n'est pas douteuse, il y a illusion et non pas hallucination. Nous ne nions pas que les deux processus soient fortement intriqués, mais nous pensons que, dans

la plupart de nos observations, il y avait vraiment hallucination.

Cristallisé autour d'une idée fixe, le rêve de nos malades va s'entretenir de ces hallucinations, qu'ils coordonnent, quand elles sont multiples, mais non pas d'une façon rigoureuse, leur onirisne leur aidant à accepter toutes les constructions de leur imagination.

C'est ainsi que ces malades vont présenter des réactions motrices et des réactions psychiques.

Les réactions motrices. — Ces hallucinations sensorielles, protéiformes multiples, variables d'un moment à l'autre vont engendrer un état d'agitation, qui donnera au malade l'aspect d'un maniaque. Mais alors que le maniaque habituel est dans un état d'illusion perpétuelle où manquent les hallucinations, où dominent la fuite des idées, la logorrhée, la suractivité de l'association automatique des représentations mentales, nos malades entretiennent leurs manies avec leur onirisme, dans notre observation n° 29 l'action se borne à dorloter un enfant, dans l'observation n° 26, notre cabaretier élevait des petits poulets, dans un cas de Lasègue (observation n° 27), l'accoutrement, l'agitation, sont bien d'une maniaque, les explications sont d'une éthylique, chacun de ces malades joue un rôle actif dans son délire et lui donne une note maniaque car c'est autant un délire d'action qu'un délire d'hallucination. Au contraire du vrai maniaque, qui suit sans ordre une imagination folle, l'alcoolique poursuit une idée fixe, qu'il enjolive et qu'il embellit, à laquelle il se raccroche et qui lui sert de fil

conducteur. A un degré de plus le malade réagit violemment, soit sur les objets qu'il brise, soit sur les voisins, qu'il essaye de tuer, soit sur lui-même et nous aboutirons ainsi à la forme furieuse de la manie alcoolique.

Ces caractères très nets, ces hallucinations si particulières permettent, en dehors de tout antécédent connu, de tout stigmate d'éthylisme, de rapporter à cette cause les états maniaques que l'on peut être à même de constater.

Les réactions psychiques. — Elles sont particulièrement intéressantes, car elles forment le thème sur lequel ces malades vont délirer. En général les alcooliques ont des réactions craintives, leurs hallucinations les effraient, quand ils voient des animaux, ce sont des bêtes horribles, quand ils entendent des paroles, ce sont des injures, quand ils ressentent des sensations tactiles, elles sont toujours douloureuses ou désagréables. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que ces malades prennent le type d'un déprimé mélancolique ; mais souvent leur riche imagination, l'excitation de leur corticalité, provoquée par l'alcool, tout concourt à favoriser l'éclosion d'un délire à base d'interprétation.

LA FORME A TYPE DE DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE

La dépression mélancolique est fonction de troubles portant à la fois sur la sphère affective et la sphère intellectuelle. Leur source réside dans des modifications im-

portantes de la cénesthésie. On peut, avec Régis, estimer qu'il y a d'abord trouble de la sensibilité perceptive, puis trouble de l'affectivité de la conscience et de la personnalité.

Or, l'alcool modifie considérablement la cénesthésie. Il provoque une hypersensibilité tactile et sensorielle remarquable, qui est à l'origine des hallucinations que nous avons étudiées. Nous n'insisterons pas sur l'excitation qu'il détermine au niveau des cellules corticales, mais là encore tout concourt à modifier la personnalité et la conscience du malade dont l'affectivité est également changée par l'absence de contrôle du cerveau sur le subconscient. Par ailleurs, à cette phase d'excitation succède fatalement une période de dépression, le thème sur lequel les malades rêvent est terrifiant ainsi s'explique-t-on facilement que nombre d'alcooliques aboutissent à un état de dépression mélancolique. A ce type appartiennent l'observation n° 23 (Kraff-Ebbing) et l'observation n° 24 (Benon) mais parfois le cas n'est pas aussi simple, mélancolie et manie se superposent; au lieu d'être déprimé, inquiet, frappé de stupeur, le sujet absorbé par ses préoccupations hypocondriaques, agité par son excitation maniaque, va se livrer à de l'auto-dénonciation, à de l'auto-accusation et il pourra même aboutir au suicide. Au contraire du véritable mélancolique, qui, hanté par ses fausses perceptions, honteux de sa médiocrité, inquiet de ses responsabilités, se reprochera tout ce qu'il fait, s'accusera de crimes imaginaires mais variables d'un jour à l'autre, l'alcoolique, qui fait un délire d'auto-accusation, commence par une phase

onirique. Son rêve lui montre un drame dont il est le principal acteur ; s'il s'agit d'un meurtre c'est lui qui le commet, s'il est question d'un complot, il en est l'instigateur et ce n'est que secondairement que son état hypocondriaque le porte à s'accuser et à se dénoncer. Telles sont les observations n° 13 et n° 14 empruntées à Lasègue; dans le premier cas le malade s'accuse d'un complot contre l'Empereur, dans le deuxième, il vient se constituer prisonnier pour avoir tué son père.

Peut-être ses rêves prennent-ils un point de départ dans l'inconscient du sujet et ne s'extériorisent-ils qu'à la faveur du manque de contrôle, conséquence de l'intoxication ?

A un degré de plus, le malade hanté par ses remords peut aller jusqu'au suicide, il se fait rarement mal, s'égratigne une veine du bras, s'entaille la peau du ventre, il est exceptionnel qu'il se tue à l'occasion d'une crise de dépression et en cela il se rapproche beaucoup du véritable mélancolique. Ces formes s'opposent aux formes avec agitation où le malade se tue, mais pour échapper à ses ennemis : il passe par la fenêtre, se jette dans la cage de l'escalier, non pas pour se supprimer, mais pour dérouter ses poursuivants, dans ces conditions le malade commet un acte illogique à l'état de veille, mais logique dans son rêve.

Parfois, le malade est plongé dans un véritable état de stupeur, ne répond rien, il semble poursuivre un rêve intérieur, il peut arriver à se laisser mourir de faim, et ce n'est que l'évolution qui pourra permettre de faire le diagnostic de cette forme mélancolique avec stupeur.

Il peut exister un tel état d'indifférence, une telle hébétude, un degré plus ou moins accentué de confusion mentale, associée à un tremblement si marqué que l'on peut avoir une dysarthrie telle que le malade revêt l'aspect d'un paralytique général (observation n° 30). Là encore c'est l'évolution qui permet le diagnostic.

LES FORMES AVEC DÉLIRE A BASE D'INTERPRÉTATION

Chez d'autres malades, le délire alcoolique ne tarde pas à se systématiser. Il peut revêtir deux types, soit la forme du délire de jalousie, bien étudiée par Cololian, soit la forme d'un délire d'influence. Le sujet a souvent tendance à rapporter à son conjoint ses fausses perceptions, à lui reprocher des infidélités, une inconduite, qui n'ont aucune base réelle. Dans ces conditions l'alcoolique jaloux devient facilement furieux et même homicide.

Le délire d'influence prend son point de départ dans les hallucinations tactiles, olfactives, auditives, il se construit ensuite avec les tendances ou les désirs plus ou moins conscients des malades et aboutit à un véritable délire de persécution. Notre observation n° 1 est un beau type de ces délires à base d'interprétation, entretenu par des hallucinations tactiles et auditives. Dans les autres observations, se rencontrent, bien qu'à un degré moindre, de pareilles interprétations, il est rare qu'elles revêtent une telle intensité.

CHAPITRE III

—

ÉVOLUTION GÉNÉRALE DE L'ALCOOLISME SUBAIGU

PHASE DE RÉGRESSION

Toutes ses formes, quelles qu'elles soient ont une évolution semblable. Sevrés d'alcool, nos malades ne vont pas tarder à recouvrir leur pleine lucidité d'esprit. Le délire subsiste pendant quelques jours, puis s'atténue graduellement. Tant qu'il fait clair le malade paraît normal et ce n'est qu'aux approches de la nuit, que son excitation renaît et qu'il se trouve à nouveau en plein onirisme, dès qu'il a pu dormir quelques heures, l'amélioration est rapide, mais elle n'est définitive que si le sujet a passé correctement une nuit entière.

Au fur et à mesure que le délire s'estompe et que la conscience reprend ses droits, le malade perd tout souvenir de sa période confusionnelle. Lorsque définitivement guéri il quitte l'hôpital, il ne se rappelle ni ses actes ni ses paroles.

Lui parle-t-on des personnes qui semblaient intervenir dans son rêve, lui rappelle-t-on les menaces qu'il a proférées, les injures qu'il croyait entendre, il sourit étonné « d'avoir pu dire tant de bêtises ». Nos différents malades avaient perdu tout souvenir de leur délire et n'en acceptaient le récit qu'avec une moue d'incrédulité. C'est une amnésie complète à type lacunaire, presque comparable à celle des états épileptiques (observation n° 35 Delmas). Ce fait a son intérêt au point de vue médico-légal, comme nous le verrons plus loin. La malade de Delmas n'a conservé que quelques bribes, des huit jours qui lui manquent complètement dans ses souvenirs de même chacun de nos malades personnels.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, le malade peut conserver une mémoire relative encore qu'estompée et floue. Pour Benon, il y aurait annésie antérograde de fixation, partielle et définitive, les malades arrivent ainsi peu à peu à reconstituer en partie leur période délirante mais incomplètement.

Il est exceptionnel que le souvenir soit intact, pourtant Farrer a communiqué une auto-observation très lucide.

En général l'amélioration et le retour à l'état normal ne se fait pas brusquement, le malade ne récupère sa lucidité que très progressivement.

En même temps s'atténuent les symptômes de l'empoisonnement éthylique, tachycardie, subictère, signes urinaires, qui ne manquent presque jamais, qui sont banaux et sur lesquels nous n'avons donc pas à insister. Régis est même d'avis qu'il faut attentivement surveil-

ler les urines et n'affirmer la guérison que si la crise urinaire s'est produite.

La durée de ces délires est variable, elle dépend de la dose d'intoxication, du degré de cette intoxication et surtout essentiellement du sujet même. En général elle est courte. Pour ce qui est des cas que nous avons personnellement observés, elle a duré huit jours pour la malade n° 1, cinq jours pour la malade n° 25, quatre jours pour la malade n° 26. Même délai pour les cas similaires, retrouvés dans la littérature.

Nous n'avons rencontré qu'une exception, celle citée par Wallon et Bessière où la psychose dura neuf ans, mais finit quand même par guérir. Dans un cas semblable on peut se demander s'il s'agissait vraiment d'alcoolisme subaigu.

CHAPITRE IV

RECHUTES

La caractéristique essentielle de ces différentes formes de l'intoxication alcoolique est leur tendance à peu près constante à la rechute.

Dans toutes nos observations, dans toutes celles que nous avons rapprochées, nous retrouvons ce même caractère de délire « à éclipses ». Comme l'a noté Legrain le cerveau de ces malades, ayant été sensibilisé au délire, va délirer à nouveau à la moindre occasion et il aura toujours tendance à reprendre la même forme de délire.

Notre malade n° 1 a présenté trois récidives du même ordre, le n° 26 n'en est qu'à son deuxième accès, le malade n° 20 de Lasègue avait déjà eu un épisode semblable, parfois, les récidives sont plus fréquentes, sept fois en six ans (Demay) et même 41 fois en douze ans (Sclefert).

Ces rechutes se produisent souvent à un an d'intervalle, il est probable que les mêmes occasions de boire, fêtes régionales, anniversaires, vendanges, en revenant périodiquement, favorisent ce rythme.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS

Le délire cesse complètement dans la plupart des cas, mais il est quelques malades qui conservent un souvenir plus ou moins précis de leurs hallucinations, ces prédisposés, dégénérés le plus souvent, vont faire alors un délire secondaire par idée fixe post-onirique. Il faut évidemment des conditions spéciales, mais le cas est possible, telle l'observation de Babonneix et Brissot, tels les faits relatés, par Mendel sous la dénomination de psychose paranoïde des buveurs, par Régis sous le chapitre des idées fixes post-oniriques. C'est dans ce cadre également, que doit se ranger l'observation de Vallon relative à une inertie systématique et à une perte des notions de temps, consécutive à une crise d'alcoolisme.

Mais il s'agit le plus souvent de malades très particuliers, dont les tares psychiques sont évidentes et confèrent alors au délire une évolution anormale. Enfin il existe un cas de Delmas et Boudin où il n'y eut pas de guérison, dans cette observation l'allure générale était celle d'un alcoolique subaigu, l'évolution chronique permet de douter qu'il s'agissait d'une telle forme.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Comme nous venons de le voir ces psychoses sont transitoires et par conséquent d'un bon pronostic immédiat, la guérison en est la règle et sauf accident surajouté il est exceptionnel qu'elles conduisent à la mort. Mais les récidives sont la règle, aussi doit-on être très réservé, au point de vue de la valeur sociale de ces individus, d'autant plus que leur délire sera facilité par le fait même, qu'ils sont des alcooliques chroniques et qu'ils ont déjà eu un accès, preuve de l'impressionnablité de leur cerveau.

Certains auteurs ont pensé que l'on pourrait tirer des indications utiles, au point de vue pronostic suivant le type du délire et suivant que les hallucinations étaient visuelles, auditives ou mixtes. Pour les uns les hallucinations liliputiennes seraient plus favorables que les gigantesques, pour d'autres il vaudrait mieux que l'œil soit impressionné plutôt que l'odorat,en fait nous ne pensons pas que l'on puisse attacher grosse importance à ces notions.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Nous avons vu les multiples aspects que peuvent revêtir les psychoses alcooliques subaiguës, qu'elle ressemblent à une manie, à une crise de dépression mélancolique ou bien qu'elles prennent l'aspect d'une paralysie générale ou d'un délire à base d'interprétation, le diagnostic n'en est pas toujours facile.

On sera aidé par les commémoratifs, l'existence d'accès semblables, le caractère des hallucinations, protéiformes, visuelles, professionnelles, leur prédominance nocturne, les symptômes d'alcoolisme chronique, tremblement, subictère, foie gros et douloureux, tachycardie.

Il y aura lieu de discuter l'agitation confusionnelle, le malade désorienté, s'agite, mais n'est ni angoissé, ni anxieux, il est difficile de préciser ses hallucinations, mais en tous cas, il n'a ni la loquacité, ni l'anxiété de l'alcoolique. Mais ce diagnostic est souvent délicat car bien des alcooliques subaigus ont un certain degré de confusion mentale.

Dans la manie vraie, l'aspect est différent, le malade est incohérent, rarement halluciné, il présente au maximum la fuite des idées, il ne suit pas un rêve, ne peut avoir une idée fixe, accroche au passage un mot, fait des assonances, puis passe à une autre idée, sans aucun rapport avec la précédente.

Au cours de la dépression mélancolique, on peut avoir le même état stupide qu'au cours de la psychose alcoolique subaiguë, on arrivera à faire le diagnostic par les commémoratifs si l'on peut en recueillir, mais bien souvent ce sera l'évolution seule qui permettra de faire la distinction ; la forme à type de paralysie générale est très exceptionnelle, les réactions de laboratoire, l'évolution, l'indifférence absolue du malade permettront de décider. Quant au délire de persécution et aux différents délires à base d'interprétation ce ne sont que des nuances qui permettront de faire la distinction et on ne sera vraiment sûr du diagnostic que par la guérison du malade.

En fait, l'évolution fera dans la plupart des cas le diagnostic, si le malade guérit et ne conserve aucun souvenir de sa période délirante ou n'en a que des souvenirs très confus, s'il reconnaît ses habitudes d'alcoolisme, il est vraisemblable d'admettre que l'on est en présence d'une psychose alcoolique subaiguë. Il n'y aurait que dans certaines conditions particulières que l'on pourrait suspecter une autre cause d'intoxication, cocaïne, morphine, ou bien saturnisme, urémie (Vigouroux) maladie infectieuses (Régis). Enfin si l'amnésie est totale ou lacunaire peut-être le malade pourra-t-il être confondu

avec un comitial, ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que l'on pourrait avoir recours à la recherche de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien, suivant la technique de Lenoble. Dans aucune de nos observations il n'a été nécessaire de recourir à ce procédé, mais le cas échéant, il peut-être indiqué pour affirmer un diagnostic hésitant.

Dupré et Charpentier pensent même qu'il y a lieu de distinguer le délire alcooolique subaigu, complication de l'acoolisme chronique d'avec l'ivresse délirante, transitoire, indépendante de tout alcoolisme antérieur. En fait tous les termes de passage existent, dans certains cas précis les renseignements fournis par le malade ou son entourage pourraient permettre d'éliminer l'alcoolisme passager, mais la question n'offre que peu d'intérêt puisque la symptomatologie est bien la même et révèle simplement l'aptitude spéciale du cerveau à délirer sous l'influence de l'alcool, que l'intoxication ait été habituelle ou accidentelle. D'ailleurs il est plus que probable qu'un sujet capable de faire de l'ivresse délirante finira toujours par faire de l'alcoolisme subaigu.

CHAPITRE VIII

—

TRAITEMENT

On supprimera toute cause d'excitation, que ce soit sous forme de vin ou d'alcool. Cette suppression sera brusque il n'y a, en effet, aucun avantage à désintoxiquer progressivement ces malades.

Ces sujets ne dorment pas, dès que l'insomnie a cessé, leur délire s'atténue,aussi se trouvent-ils bien de l'opium, du bromure de potassium, du chloral. Il y a intérêt à provoquer une débâcle urinaire et intestinale en donnant un purgatif et un diurétique. On aura avantage à utiliser l'hydrothérapie froide et la balnéation.

On ne considèrera comme guéris que les malades qui auront fait leur crise urinaire et qui auront passé au moins deux nuits entières sans cauchemar.

Ces sujets sont gênants pour les voisins, ils sont même parfois dangereux et capables d'attenter à leur vie et à celle d'autrui, il est donc indiqué de les isoler, non pas de les interner puisque l'évolution est généralement si rapide qu'une mesure aussi grave ne s'impose pas du tout. Pourtant dans nombre des cas, que nous avons

rapportés, il s'agissait de malades qui avaient été internés, leurs réactions violentes, agressives, leur agitation, leurs menaces ayant conduit à prendre cette mesure de sécurité à leur égard. Comme leur période d'agitation hallucinatoire est relativement courte, il y aurait lieu de garder ces malades en observation dans un service de triage et d'isolement, où l'on pourrait les examiner dans les meilleures conditions possibles.

Nos observations personnelles ont été ainsi recueillies dans le service d'isolement de l'hôpital Tenon, dirigé par le docteur Merklen. C'est justement dans un tel service que l'on classe les agités et que l'on peut éviter aux alcooliques, présentant une psychose transitoire un internement inutile.

Mais ce sont des buveurs d'habitude, qui ne vont pas tarder à recommencer leurs exploits, ils se trouveraient très bien d'une cure dans un asile pour buveurs, tel qu'il en existe aux Etats-Unis, en Suisse, en Angleterre, malheureusement nous ne possédons pas à l'heure actuelle de tels établissements en France.

Certains auteurs américains ont essayé de la cure de rééducation en partant des données fournies par l'analyse psychique suivant les directives de Freud, il ne semble pas que cette méthode ait toujours donné les résultats qu'on pouvait en attendre.

CHAPITRE IX

—

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Pendant leur crise onirique ces malades sont capables de crimes, sont-ils responsables ?

Tous les auteurs admettent que ces sujets ont perdu tout contrôle sur eux-mêmes pendant toute la durée de la phase délirante, en conséquence ils ne sauraient être rendus responsables des actes commis à cette occasion. L'article 64 du Code dit, d'ailleurs : « Qu'il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ». Il nous semble logique d'assimiler à l'état de démence l'état de confusion ou de délire, dans lequel se trouvent ces malades à l'occasion d'une crise d'alcoolisme subaigu.

Mais le problème peut être posé d'une autre façon : La plupart de ces psychoses sont sujettes à récidive. Le malade le sait, s'il n'est pas responsable de ce qui survient pendant l'accès du moins l'est-il d'avoir déclenché cette crise par l'excès de boissons alcooliques, l'ivresse devient volontaire et là est le délit. Avec Dupré, nous admettrons, qu'excluant l'imputabilité, cette ivresse vo-

lontaire ne peut être poursuivie comme acte intentionnellement dolosif, mais comme acte attribuable à la négligence et à l'imprévoyance et puni comme tel.

Presque toujours, ces malades n'ont conservé que peu ou pas du tout de souvenirs de leur phase délirante, sont-il des simulateurs ?

Il faut savoir que l'amnésie de ces psychoses peut être totale, lacunaire, commencer avec la phase onirique pour cesser avec le retour à la conscience normale. Il est utile de ne pas perdre ce point de vue pour éviter des erreurs préjudiciables à ces malades.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — (*Personnelle*). *Délire avec hallucinations auditives et générales et délire de persécution au cours d'une crise d'alcoolisme subaigu.*

Mme L..., âgée de 35 ans, journalière de son métier, est hospitalisée salle Trousseau le 17 septembre 1923 pour troubles mentaux, agitation et délire, qui empêchent de la garder dans un service de médecine générale.

Vers le 15 septembre, elle aurait ressenti un léger embarras gastrique avec diarrhée ayant rapidement cédé à une dose minime de bismuth et à quelques gouttes de laudanum. Brusquement au cours de la nuit du 16 au 17, elle a été prise d'hallucinations auditives. Elle se croit en butte aux poursuites de ses voisins, qui la menacent, la piquent et l'injurient. Elle ne tient pas en place, refuse de garder le lit, fait une tentative de suicide ; dans ces conditions on la conduit à l'hôpital ou très rapidement on l'adresse au service d'isolement.

Nous l'examinons dès son arrivée : nous sommes en présence d'une femme de corpulence moyenne, très agitée, sous aucun prétexte, elle ne veut se coucher ; elle ne peut rester tranquille, même pendant quelques minutes, constamment, pendant notre visite, elle ne cesse d'aller de long

en large, à nos questions elle répond qu'elle doit se déplacer pour éviter d'être piquée.

D. — Voyez-vous les gens qui vous piquent ?

R. — Pas du tout.

D. — Par qui êtes-vous piquée ?

R. — Par P... par V... et sa femme B...

D. — Pourquoi ?

R. — Parce que je n'ai pas voulu coucher avec l'un d'eux.

D. — Où vous piquent-ils ?

R. — Aux bras, au jambes, sur tout le corps.

D. — Quel liquide vous injectent-ils ?

R. — Opium, alcool, phénol, vitriol.

D. — Souffrez-vous beaucoup ?

R. — Considérablement.

D. — Etes-vous piquée constamment ?

R. — De jour comme de nuit et tenez, au moment où vous me parlez, je viens de ressentir une piqûre. D'habitude, ils se tiennent tranquilles quand il y a quelqu'un dans la chambre, mais ils ne se gènent plus maintenant.

D. — Mais je n'ai rien vu, ni rien entendu.

R. — C'est parce que vous êtes de mèche avec eux.

Laissée à elle-mème elle erre continuellement dans la chambre, de temps en temps, elle profère des paroles de menace, paraît répondre à des injures; interrogée à ce sujet, elle nous raconte les hallucinations purement auditives suivantes :

D. — Pourquoi parlez-vous à haute voix ?

R. — C'est pour répondre à mes ennemis.

D. — Que vous disent-ils ?

R. — Des injures.

D. — Lesquelles ?

R. — Ils me traitent de « Salope, vendue», parlent de me faire mon affaire, tenez, je les entends, ils viennent de me dire : « Tu nous cafardes, ton compte est bon », sûrement, ils vont me faire un mauvais coup, protégez-moi.

D. — Les voyez-vous ?

R. — Jamais.

D. — Reconnaissez-vous les voix ?

R. — Parfaitement, je les distingue très nettement, il y a deux hommes et une femme. Ce sont les voisins du dessus, des gens que j'ai obligés et voilà comment ils me remercient.

— Ils ont commencé par me communiquer la syphilis avec leurs sales piqûres, faites examiner mon sang, regardez moi aux rayons X et vous vous rendrez compte de la vérité de ce que je vous dis. Tenez, ces taches (elle nous montre son bras parfaitement normal avec quelques vaisseaux, qui serpentent sous la peau) les voyez-vous ces taches, ce sont les signes de la syphilis qu'ils m'ont donnée.

D. — Montrez-moi donc les traces de ces piqûres ?

R. — Tenez, voyez vous-même. Et elle nous montre ses bras parfaitement nets, sa peau, parfaitement saine, juste une tache de rousseur, qui serait, d'après elle, la trace de ces fameuses piqûres.

D. — Mais je ne vois rien.

R. — Vous ne voulez rien voir, regardez-moi le dedans de mon corps vous verrez que je ne vous mens pas.

Pendant ce long colloque, la malade n'est pas restée deux secondes immobile, elle n'a cessé de remuer, de circuler dans la chambre, pour éviter ses ennemis.

Elle ne tremble pas, ni ne transpire, s'exprime par ailleurs très normalement, n'est nullement désorientée, a conservé une mémoire très pertinente.

Elle est légèrement anxieuse, redoute ses ennemis, elle aurait fait une tentative de suicide, par la fenêtre, pour leur échapper.

Dès que nous la quittons, elle répond aux voix qui l'injurient et la menacent, la nuit se passe de même, elle reste continuellement hors de son lit, aussi le lendemain matin paraît-elle très fatiguée.

18 septembre. — A notre arrivée dans sa chambre, elle est en proie à une très violente agitation, elle se débat sur son lit, terrifiée, sa main gauche essaye de retenir son menton et d empêcher sa bouche de se fermer, sa main droite écarte des adversaires imaginaires, elle pousse de profonds soupirs et se débat avec des mouvements violents.

A nos questions, elle répond que ses ennemis veulent l'endormir avec du chloroforme pour lui faire son affaire, elle les a entendus prendre cette décision, elle les a entendus venir appliquer la compresse sur sa bouche et elle se défend pour éviter cet attentat.

Notre présence rassure la malade, qui veut bien cesser son petit manège et nous répondre.

D. — Avez-vous dormi ?

R. — Pas une minute (de fait d'après le rapport de veille elle n'a fait qu'aller et venir dans sa chambre).

D. — Pourquoi ?

R. — Ils ont continué à m'ennuyer, mais ils ont employé de l'électricité. Ils m'envoient des secousses qui me traversent des pieds à la tête.

D. — Comment font-ils ?

R. — Il y a deux appareils, l'un fonctionne quand la lumière marche, mais lorsque l'électricité dans l'établissement est éteinte, il y a un autre système.

D. — Les voyez-vous ?

R. — Jamais.

D. — Comment les reconnaissez-vous ?

R. — Ces deux appareils font un bruit différent quand ils sont en marche.

D. — Sont-ce toujours les mêmes personnes qui vous importunent.

R. — Bien sûr, je les entends me parler et m'injurier.

A part ces hallucinations et ces sensations cénesthopathiques, elle est parfaitement pertinente, nous parle de ses enfants, se souvient d'avoir eu en septembre 1920 une crise

analogue, alors qu'elle était enceinte de trois mois. A cette époque, cet accès aurait duré 8 jours et aurait été provoqué, aux dires de la malade, par un voisin, le même qu'aujourd'hui, qui l'hypnotisait. En septembre 1922, elle aurait fait une fugue pour échapper aux poursuites de ces mêmes individus. Toutes ses explications nous sont données avec le plus grand sérieux, la plus grande lucidité d'esprit, les affirmations les plus solennelles.

Du 20 au 21 septembre la journée se passe assez calme, mais la nuit, piqûres, secousses et injures redoublent, pourtant la malade consent à se coucher dans un lit.

Nous pouvons voir la famille, elle confirme la réalité d'accès semblables, survenus en septembre 1920 et en septembre 1922.

Son mari, balayeur de profession et alcoolique de tempérament, reconnait volontiers les excès éthyliques de sa femme. Pour ce qui est des voisins, ils existent réellement, mais ni lui, ni la malade n'ont jamais eu maille à partir avec eux, leurs relations seraient plutôt amicales et à l'occasion ils se rendraient facilement service.

Dans les jours qui suivent on note une grosse amélioration, les injures, les piqûres cessent. Il ne persiste que quelques secoussses, la malade a pu dormir et se sent moins fatiguée,

Le 23 septembre. — Elle est à peu près normale, gaie, contente, reposée, elle demande à quitter le service. Elle ne sait pas exactement ce qui lui est arrivé, elle se souvient d'avoir déliré et d'avoir dit des bêtises mais elle n'en a qu'un souvenir très vague. Nous lui donnons quelques échantillons de ses divagations, elle en est tout étonnée et se met même à pleurer, preuve manifeste que son délire est terminé.

Le 24 septembre. — Nous la faisons passer dans le service de médecine générale, elle y est parfaitement calme, ne présente aucun déficit intellectuel, aucune idée fixe post-oni-

rique, aucun tremblement, aucun signe urinaire d'insuffisance hépatique.

Le souvenir de la période délirante est très estompé, elle se souvient d'avoir raconté des histoires et reconnaît qu'elle n'a aucun grief contre ses voisins et ne sait vraiment pourquoi elle leur a imputé tant de méfaits.

Bien entendu, elle nie toute possibilité d'alcoolisme. Considérée comme guérie, elle quitte le service le 24 septembre 1923 au soir.

Commentaires

L'évolution chez cette malade est dominée par deux faits, la récidive des accès, la guérison rapide avec amnésie totale.

A trois reprises différentes, au mois de septembre 20, 22 et 23, cette femme a présenté une psychose hallucinatoire transitoire.

Au premier accès, elle était enceinte, il semblerait facile d'envisager la gravidité, comme une cause d'intoxication supplémentaire, mais la répétition du délire, la réalité de l'intoxication alcoolique nous permettent d'en préciser la véritable cause, que vient confirmer ensuite la guérison rapide avec amnésie totale.

Au point de vue hallucination, cette femme a impressionné la zone auditive et la sensibilité générale. Elle entend des voix, elle reconnaît ceux qui lui parlent, jamais elle ne les aperçoit, elle est électrisée par des appareils, qui diffèrent suivant qu'il fait clair ou sombre dans sa chambre, elle ne les a jamais vus et ne les distingue qu'au bruit qu'ils font en fonctionnant.

Les hallucinations de la sensibilité générale existent au cours de l'alcoolisme subaigu. Chez notre malade, elles étaient généralisées et non pas localisées à une zone plus particulière, génitale par exemple, pourtant la « libido », n'est pas complètement exclue du délire puisque il aurait été déclenché par un refus d'ordre sexuel.

Ménagère de son métier, elle construit son rêve dans son milieu, ce qui est bien caractéristique de l'alcoolisme.

L'amnésie totale est encore en faveur de cette cause d'intoxication de même que la récidive des accès et leur périodicité, un accès tous les ans à la même époque de l'année.

Obs. 2. — Benon (*Résumé*).

Homme de 37 ans, alcoolique chronique. Traumatisme, le 7 mai 1913. Dans la nuit du 9 au 10 apparition d'hallucination, de délire, d'agitation. Il se réveille en sursaut en proie à un cauchemar, voit des hommes. Fait un délire professionnel, commande son métier, puis aperçoit des bêtes, des tigres, des panthères, il essaie d'étrangler sa femme. Placé à l'asile le 13 mai, ces phénomènes psycho sensoriels, disparaissent rapidement et le malade sort guéri le 12 juillet 1913.

En somme, crise d'alcoolisme subaiguë avec psychose hallucinatoire pure, professionnelle. Début brusque, évolution rapide, récidive probable.

Obs. 3. — (Lasègue n° 16). *Hallucinations de la sensibilité générale, délire secondaire.*

C... 20 ans, garçon marchand de vins, arrêté à son domicile par suite de plaintes des voisins. Sa préoccupation dominante et presque exclusive qui dure depuis trois jours, est qu'il est tourmenté par des gens, qui pissent par le trou de la serrure et par tous les endroits où il y a une ouverture, par la porte. Transféré dans une cellule, il est obsédé par la même idée, et trahit par ses gestes la répugnance que cette obsession lui inspire. Il voit, il entend, et il sent l'urine qui coule sur le parquet, sur lui... Accès de très courte durée.

Obs. 4. — (Lasègue n° 1). *Hallucinations auditives et de la sensibilité générale.*

H... 32 ans, marchand de vins, il prétend être dans une maison où il y a de mauvaises femmes qui ont fait un trou dans le plafond avec un tuyau par lequel de l'eau tombe gros comme un crayon sur le malade. Cette eau mouille le corps mais ne traverse pas les effets.

Le malade voit l'eau, voit les femmes au-dessus de sa tête, il les entend crier et chanter, tout cela est absurde, mais ne le gêne point.

La durée de l'évolution n'est pas indiquée.

Obs. 5. — (Lasègue n° 5). *Hallucinations de la sensibilité générale avec un appoint maniaque. Récidive fréquente, un accès par an.*

D... 45 ans, bimbelotier. Le malade se plaint d'avoir des aiguilles et des petits poissons qui remuent entre cuir et chair, des plumes qui poussent au menton. Il aperçoit un peu de duvet par terre et prétend qu'il est tombé de sa bou-

che. Il accuse ses amis d'avoir fait cela, parce qu'il n'a pas voulu leur céder. Le malade est agité, s'élance vers la fenêtre, fait des gestes de droite et de gauche, paraît apercevoir ses amis, les appelle.

Trois accès antérieurs, pronostic favorable, pas de température, pas de subictère des conjonctives.

Evolution rapide en trois jours.

Obs. 6. — (Lasègue n° 14). *Alcoolisme subaigu avec préoccupations d'ordre sexuel.*

M... Tonnelier, 28 ans, arrêté sur la voie publique. Est venu se mettre sous la protection de la police parce qu'un de ses amis lui aurait coupé le membre viril avec un fil de soie. S'agite pendant 4 jours avec ces préoccupations. Guérison rapide.

Obs. 7. — (Lasègue n° 15). *Hallucinations dans la sphère génitale au cours d'une crise d'alcoolisme subaigu, ayant coïncidé avec une angine phlegmoneuse.*

V.,.. 32 ans, maçon, trouvé errant, dans la nuit, dans la rue. Il se plaint que sa famille lui a fait mettre un membre viril en plomb, qui n'est pas solidement assujetti et qui le gêne. Assez excité il veut sortir, s'agite. Placé à l'asile il en sort guéri au bout de 15 jours.

Obs. n° 8. — (Benon n° 15). *Hallucinations mixtes (quatre récidives).*

Homme de 34 ans, placé quatre fois à l'asile pour des accidents subaigus, hallucinations de l'ouïe, du goût de l'odorat et de la sensibilité générale et génitale. « J'entends à ce moment-là toutes espèces de voix, je les entends dans

toutes les directions. On dirait par moment des personnes qui vont s'entretuer. Cela me fait grand peur. Ce sont des morts plutôt que des vivants qui parlent. Ils me menacent de l'échafaud. Ils m'appellent « Quasi-vouet » (qui voit mal), « Ciroux » (qui a de la cire dans les yeux), « Calorgne » (qui louche). Si je sors de ma chambre, ils se mettent à crier, me font des reproches. Je perçois des voix qui me défendent, mais elles sont rares et peu nombreuses. Il y en a qui disent que je suis maudit, que je suis damné, cela me fait peur. Tous ces gens-là sont des francs-maçons ; ils me poursuivent, parce que j'appartiens à la « calotte », le vin de la barrique était empoisonné, je n'osais pas en boire. Une autre fois, il m'a semblé que des voix sortaient du vase où je buvais, ce devait être des hosties consacrées qui parlaient. A un moment, j'entendais des aéroplanes, j'avais peur qu'ils me tombent sur la tête. Un jour ce que j'avais bu avait une odeur de ciguë, mon corps sentait le crapaud. J'avais sur le corps de la lèpre, de la vermine, j'étais habillé dans des affaires gluantes, humectées de ciguë, je recevais des crapauds sur moi et je sentais leur bave gluante monter à mes lèvres. On me jetait de la poudre partout sur le corps pour me donner la vérole, j'avais la verge pourrie, ils m'ont fait aller avec une femme malgré moi.

Evolution favorable. En six mois d'asile, il est bien, mais c'est la quatrième récidive, aussi Benon propose-t-il de le maintenir à l'asile.

Obs. n° 9. — (Benon, n° 16). *Hallucinations multiples au cours d'une crise d'alcoolisme subaigu, récidive fréquente, guérison rapide.*

« J'ai crié toute la nuit, je les voyais, je les entendais, ils voulaient me tuer, ils étaient nombreux, dès que j'étais couché, ça commençait, il y avait des grosses bêtes, des chiens,

des chats, des couleuvres, cela sentait la poudre, la fumée, j'en avais plein la bouche, le nez, les oreilles, je sentais des secousses électriques, j'avais les mains entortillées dans des fils électriques, je voyais les murs se soulever, j'ai eu peur et je cherchais à me sauver ».

Cet accès a été guéri en 8 jours. Les précédents avaient nécessité le placement à l'asile pour de courtes durées et s'étaient également accompagnés de manifestations identiques.

Obs. n° 10. — (Sagel).

Peintre de 40 ans, ayant présenté une crise d'alcoolisme subaigu avec hallucinations olfactives, hallucinations auditives, délire de persécution secondaire. Les hallucinations visuelles n'apparurent qu'au troisième jour, mais furent particulièrement riches, peut-être en raison du métier du malade. Guérison excessivement rapide.

Obs. n° 11. — (Hans Scelert).

Alcoolisme chronique avec accès subaigus au cours desquels se produisent des hallucinations visuelles, auditives, des sensations coénesthésiques. Impulsion verbale psychomotrice. Maladie durant depuis 12 ans avec des accès se reproduisant régulièrement par attaque de 2 à 4 jours, exceptionnellement une ou deux semaines, 41 accès en 12 ans, ayant nécessité un internement définitif.

Obs. n° 12. — (Vallon, novembre 1894). *Alcoolisme chronique, délire mystique, hallucinations psycho-motrices, auditives et de la sensibilité générale, pas d'hallucinations de la vue, évolution favorable en 20 jours.*

V..., âgé de 33 ans, à la suite d'excès alcooliques (cidre et eau-de-vie) présente des hallucinations de la sensibilité géné-

rale. De l'électricité lui tombe sur le dos, il éprouve des piqûres, une cuisson insupportable. Craignant d'être brûlé, il se plonge dans une baignoire d'eau froide. Deux personnes étaient dans son ventre. A droite la sainte Vierge qui disait : « Ne fais rien, ne dis rien ». A gauche, Dieu le Père qui répondait : « Si, si, je le dirai, cocu par les curés », Les voix étaient très nettes et sortaient par la bouche, censément comme un ventriloque. Non calmé par son bain, il errait à moitié nu dans le pays. En quelques jours tout s'est arrangé.

Quatre mois après, nouveaux accès, nouvelles crises d'hallucinations, auditives et tactiles. Il se plaint d'être brûlé par l'électricité, se croit saint Joseph. Il sent une pile électrique dans le ventre. Au bout de quelques jours l'agitation cesse, les hallucinations auditives ont disparu au 20e jour, en un mois tout est rentré dans l'ordre.

Observation intéressante par l'absence d'hallucinations visuelles, l'existence d'impulsions psycho-motrices dédoublées. Alcoolisme subaigu, guérissant, mais récidivant.

Obs. n° 13. — (Vallon, novembre 1894). *Accident subaigu au cours de l'alcoolisme chronique, accès récidivants, hallucinations de la vue et de l'ouïe, impulsions.*

Malade atteint d'hallucinations zoopsiques, banales, hallucinations auditives antagonistes, les voix les plus rapprochées l'insultent, les voix les plus éloignées l'encouragent, pas de représentations visuelles à leur sujet. Hallucinations psycho-motrices.

Guérison rapide, mais 2e accès chez un alcoolique chronique, probabilité de rechute.

Obs. n° 14. — (Cololian). *Hallucinations psycho-motrices verbales, intermittentes chez un alcoolique.*

Hallucinations de l'ouïe, lui posant des questions auxquelles la malade répond avec une voix intérieure qui parle en son nom, parfois au nom d'un tiers. Généralement les voix extérieures l'injurient tandis que la voix intérieure la défend. Sous l'influence de ces voix qui lui prédisent un malheur, elle se jette par la fenètre et se fracture le bassin.

A l'hôpital ces hallucinations cessent rapidement avec la suppression de l'alcool, mais réapparaissent rapidement après quelques jours de sortie à la suite de nouveaux excès. Cette seconde crise s'améliore comme la précédente en une quinzaine de jours.

Alcoolisme subaigu récidivant, difficilement curable.

Obs. n° 15. — (Cololian). *Alcoolisme subaigu, hallucinations visuelles et auditives, impulsions psycho-motrices.*

Le malade entend des insultes, y répond avec une voix dans l'estomac, qui est plus désagréable que la voix des oreilles au moment où la voix psycho-motrice se faisait entendre, le malade se rendait compte que sa langue remuait et devenait sèche, en même temps il ressentait une angoisse précordiale. Guérison rapide en quelques jours.

Obs. n° 16. — (Cololian). *Délire alcoolique avec hallucinations auditives et psycho-motrices. Idées mystiques, idées de persécution.*

Hallucinations zoopsiques et auditives banales, le malade ressent un fluide dans la poitrine, la gorge, la tête, tandis qu'une voix qu'il n'entend pas, semble venir de la gorge et

l'encourage,il se rend compte néanmoins que sa langue remue. Les encouragements de cette voix sont surtout mystiques et le font délirer sur ce thème. Puis le sujet ébauche un délire de persécution qui cède d'ailleurs rapidement en quelques jours. En une semaine tout est rentré dans l'ordre.

Obs. n° 17. — (Cololian). *Délire alcoolique avec hallucinations psycho-motrices verbales, hallucinations de l'ouïe, de la vue, troubles de la sensibilité générale.*

La malade possède une voix qui cause dans sa tête et lui dit que sa femme le trompe ; il discute avec elle et se fâche. Il entend des coups de sifflet lancés par ses ennemis ; sa voix intérieure s'éveille alors, et lui parle de ses malheurs conjugaux. Guérison en huit jours.

Obs. n° 18. — (Roubinovitch). *Hallucinations olfactives, auditives dédoublées, hallucinations de la sensibilité générale et de la sphère génitale.*

Femme de 35 ans qui, à la suite d'excès alcooliques et de désillusions sentimentales, fit un délire caractérisé par le « jet » dans tous les orifices d'imbécillité qui ont le goût de martyre et de traître, elle entend des discussions dans l'intérieur de sa tête, elle éprouve des hallucinations auditives différentes à droite et à gauche. L'oreille droite entend des injures,la gauche des consolations. On lui serre la gorge, on lui étreint la bouche, elle a des serpents dans la tête, ils voyagent dans son corps et irritent ses organes génitaux. Elle systématise un délire de persécution et rapporte tous ses ennuis à des personnes nommées D..... qui ont été au courant de sa conduite, qui la torturent, l'ont dénoncée à la police.

Evolution favorable, pas d'indication sur le temps exact écoulé jusqu'à la guérison.

Obs. 19. — (Roubinovitch). *Délire alcoolique subaigu avec délire d'auto-accusation secondaire.*

Homme de 38 ans qui à la suite d'excès alcooliques fit une crise de délire hallucinatoire zoopsique, qui en trois jours devint un délire d'auto-accusation. Il voit sur tous les visages une expression mystérieuse, malveillante, haineuse, il entend derrière le mur de sa chambre des voix qui disent qu'il faut le dénoncer, ces voix l'injurient, ce sont les « capitalistes » qui lui en veulent, parce qu'il a écrit des articles contre eux.

En six semaines tout est rentré dans l'ordre, revu à différentes reprises, il est resté complètement guéri.

Obs. 20. — (Lasègue n° 12). *Délire d'auto-accusation, au cours d'une crise d'alcoolisme subaigu ayant duré trois jours.*

P..., parqueteur, 20 ans, se rend le 27 février à un sergent de ville, disant qu'il fait partie d'une société secrète, qu'il est chargé de tuer l'Empereur, le complot doit être mis à exécution le lendemain à 11 heures. Un pistolet lui a été remis à cet effet par le nommé R... son oncle, employé aux télégraphes. Le signal doit être donné par le mot « le nègre ». Il entrera aisément au château, au besoin il ira à Versailles, où il sait que l'Empereur doit se rendre incognito. Si l'affaire manque elle sera renvoyée au lundi où l'Empereur doit passer la journée à Louveciennes. Le délire se dissipe en trois jours. Il est à noter que son éclosion a coïncidé avec la condamnation de Gréco, poursuivi pour tentative d'assassinat sur Napoléon III.

Observation intéressante par son évolution rapide, son délire d'auto-accusation dans lequel le malade joue le principal rôle et qui se crée au dépens d'un événement, qui a frappé l'imagination du sujet.

Obs. 21. — (Lasègue n° 13). *Délire d'auto-dénonciation, guérison rapide, mais récidive.*

H.. , garçon boulanger, se présente aux agents et déclare qu'il a tué son père d'un coup de fusil la veille au soir. Il ne sait pas s'il est mort. L'événement se passait à Chinon où il demeure. Aussitôt après il a pris le chemin de fer pour échapper aux poursuites, mais les remords le poursuivent et il vient se constituer prisonnier.

Pendant trois jours H.. persiste dans ses allégations, raconte les faits mais ne peut donner des détails précis, ce qu'il attribue à l'émotion. Le 4e jour, le malade est abattu, mais en possession de sa raison. Il ne comprend pas par quelle abberration d'esprit, il a pu s'accuser. Il boit surtout de l'eau-de-vie et il aurait il y a un an, quitté brusquement son père, avec lequel il vivait en bon accord, à la suite d'une crise du même genre provoquée par des excès de boisson.

Obs. 22. — (Lasègue n° 38). *Crise récidivante d'alcoolisme subaigu avec multiples tentatives de suicide.*

Elise G..., blanchisseuse,a été traitée pour la première fois à la Salpêtrière pour un court accès de délire alcoolique, âgée de 17 ans, elle s'est adonnée à la boisson, avec une de ses tantes près de laquelle elle s'était réfugiée après avoir été abandonnée par ses parents. Chaque nouvel excès alcoolique, et ils étaient fréquents, ramenait les mêmes conceptions délirantes et entr'autres la tendance au suicide.

Le 6 octobre 1851,elle est arrêtée pour scandale sur la voie publique ; conduite au poste, elle déchire ses habits et déclare qu'elle va s'étrangler avec les lambeaux de ses vêtements. Le 24 décembre 1852, on la trouve se promenant la nuit au bord du canal en criant : « Je vais me jeter dans l'ombre noire ».

Au mois d'octobre de la même année, un soldat du poste de la Villette, l'aperçoit, essayant de se suicider à l'aide d'un mouchoir, qu'elle a attaché à la grille d'un jardin. Il la détache, la laisse libre sans la perdre de vue et peu d'instants après, il est obligé de courir et de couper en toute hâte le mouchoir, avec lequel elle vient de se pendre à la porte d'un autre jardin.

Une enquête apprend qu'elle s'est déjà pendue une fois au bois de Romainville et deux fois elle a été repêchée le soir dans le canal.

En novembre 1852, elle est arrêtée sur les fortifications au moment où elle va se jeter dans le fossé. Conduite au poste elle se pend avec son mouchoir à un barreau de la fenêtre, est détachée à temps.

En 1853 on l'arrête à nouveau au moment où elle voulait s'élancer à Vincennes devant la cible, pendant le tir. Au poste elle se porte un coup dans la poitrine avec le sabre d'un soldat.

Les tentatives et les arrestations continuent dans les mêmes conditions et il suffit de rappeler quelques incidents caractéristiques.

Le 10 février 1858, elle est arrêtée sur la berge d'un quai s'étant enfoncée un clou dans la poitrine. Au mois de mai de la même année, elle s'introduit une paire de ciseaux dans la bouche mais ne se fait que des blessures insignifiantes.

En 1860, elle se jette dans la Seine au Gros Caillou ; on la repêche. Chez le Commissaire de police, elle se frappe la tête contre le coin d'une porte et tombe à terre avec une violente contusion.

Une autre fois elle essaye d'avaler une pièce de monnaie, qu'un médecin appelé à temps retire du pharynx.

Après ces essais, elle finit quand même par se suicider en se pendant à la palissade d'un jardin.

Chaque accès de délire, provoqué par des excès de bois-

son, était de courte durée, la malade restait calme, pâle, tremblante, vertigineuse. Elle racontait chaque fois une aventure pour expliquer son désir de mourir. Tantôt son amant l'avait battue, tantôt des passants la menaçaient, tantôt sa patronne l'avait humiliée, tantôt des jeunes gens avaient voulu l'entraîner. Le sommeil, interrompu pendant quelques jours ne tardait pas à se rétablir et cette malade recommençait son travail jusqu'au retour d'un excès presque périodique.

Observation intéressante par la répétition du même délire mélancolique, par les nombreuses tentatives de suicide ; accès d'alcoolisme subaigu, guérissant rapidement mais récidivant maintes et maintes fois. Dans un cas semblable il est difficile d'imposer l'internement, mais en fait il eut été indiqué d'y avoir recours, surtout si l'on avait disposé d'un asile de buveurs.

Obs. 23. — (Krafft-Ebing). *Délire mélancolique au cours d'une crise d'alcoolisme subaigu.*

G..., 49 ans, marié, boulanger de son métier, fils d'alcoolique et alcoolique lui-même. Dans les dernières années, il était devenu excité et dormait mal la nuit. Dans le courant du mois d'avril, il eut beaucoup de soucis à cause de son métier. Le 7 mai, il fut particulièrement effrayé par un feu de cheminée ; à la suite de cet accident il resta anxieux, privé de sommeil, très déprimé, se plaignant d'avoir perdu sa fortune, d'avoir mis ses enfants sur la paille, de n'être bon à rien.

Le 9 et le 10 mai, il aperçoit de nombreux rats et des souris et très excité, très angoissé, entend des voix qui l'accusent de s'être compromis avec des femmes, d'avoir bu du sang. Tous ces méfaits le font condamner, dans son délire, à une

peine infamante. Le bourrreau doit arriver et il est très inquiet car l'heure de sa mort approche. Sur ces entrefaites on l'amène à l'hôpital le 16 mai 1880.

A l'examen ses facultés mentales sont très perturbées. Il présente un certain degré de confusion mentale, éprouve de nombreuses hallucinations visuelles et auditives, voit des voleurs, des animaux, des diables, entend des injures : « il est un sale type, un chien, il a débauché les jeunes filles, il va être brûlé ».

Ce malheureux se croit vraiment coupable, il reconnaît qu'il a mené une vie irrégulière, qu'il a proféré des blasphèmes contre de hauts personnages et il attend avec anxiété la mort honteuse qui lui est réservée.

De taille moyenne, son pouls est à 120, sa température est à 37°, les bruits cardiaques sont un peu assourdis, il présente du tremblement des mains et de la langue.

Il essaye de s'endormir mais est rapidement réveillé par des hallucinations épouvantables. De temps en temps réapparaissent ses idées de persécution. Il est soigné par l'opium et s'endort.

Le 18, il est un peu plus calme, l'angoisse a diminué, il voit encore du feu, et des animaux, il a même été au Ciel, en est descendu comme un oiseau de proie et est resté suspendu à la pointe d'une tour, sa descente a été très rapide. Néanmoins trop tardive, pour empêcher de terribles malheurs, le ciel est tombé sur la terre, un incendie s'est allumé dans toute la ville, des milliers d'hommes sont morts ainsi que de nombreux enfants, des chemins de fer ont déraillé. Bien entendu, il entend des voix. Il voudrait bien implorer Dieu, mais il ne sait pas prier. Tous ces cauchemars ont provoqué un trouble terrible dans sa tête, il s'est dédoublé et présente des impulsions psycho-motrices.

Ce délire dure jusqu'à la fin du mois de mai avec angoisse, hallucinations visuelles et auditives. Les gens l'injurient toujours, le regardent avec menace, il a l'impression qu'on

lui a coupé les pieds et les mains. Son double a tué l'Empereur, mais c'est lui que l'on vient accuser de ce crime.

Dans une phase de fabulation et de fausses reconnaissances, il prend un autre malade pour le Seigneur, qui lui a imposé ses volontés et a fait de lui un misérable. Il prend un autre malade pour le Tsar et craint d'être arrêté comme nihiliste.

Petit à petit ces idées délirantes disparaissent et il se rend compte qu'il est l'objet d'illusions mais ne peut s'y opposer.

Le 2 juin, après quelques bonnes nuits, les hallucinations disparaissent mais non pas d'une façon définitive. Il peut alors raconter que son délire a débuté exactement le 26 avril, par une impression d'angoisse indicible. Il lui semblait que Dieu lui-même le condamnait à être damné, c'est le seul souvenir précis qu'il conserve, car pour le reste de sa période délirante, il n'a gardé qu'un souvenir très vague, le peu qu'il en a conservé, ne sont que des bribes très estompées.

Le 30 juin, guéri, il quitte le service.

Commentaires

C'est une observation type du délire hallucinatoire à forme mélancolique. On notera la richesse et l'abondance des hallucinations, leur caractère effrayant, la note angoissante dont elles sont revêtues. Comme dans tout accès d'alcoolisme subaigu, l'évolution se fait progressivement vers la normale avec amnésie presque complète. Il sait le jour exact où il a commencé à délirer, puis il y a un vide et les souvenirs ne réapparaissent qu'avec le retour à l'état lucide.

Obs. 24. — (Benon). *Délire alcoolique, avec hallucinations visuelles, tendance au suicide, guérison en un mois. Demande à rester interné car se trouvant bien à l'asile il veut y rester.*

Obs. 25. — (Personnelle). *Etat maniaque transitoire au cours d'une crise d'alcoolisme subaigu chez une femme présentant une polynévrite des membres inférieurs.*

Madame L... âgée de 30 ans, journalière, est admise à Tenon, service des agités, le 15 août 1923. En proie à une agitation extrême, a été conduite directement de son domicile à l'hôpital. A son entrée nous voyons une femme de corpulence moyenne, qui ne répond pas aux questions et qui se promène en chemise dans sa chambre. Ce qui nous frappe immédiatement, c'est la bizarrerie de son accoutrement. Au cou, un lacet de tablier lui tient lieu de collier, ses pieds sont enroulés dans une couverture qu'elle traîne avec précaution et qui rend sa démarche pénible. Dans ses bras, elle garde son oreiller et le dorlotte avec soin, elle lui parle comme à un petit enfant. Malgré notre présence, elle continue son circuit, pose délicatement son paquet, sur le lit, lui enjoint de se tenir tranquille, d'être sage, puis vient à nous et d'un ton angoissé nous parle de sa petite fille : « elle est souffrante, elle a besoin de nos soins, nous serions si gentils de sauver son enfant ». Aucun tremblement, aucune tachycardie, pas de volubilité de gestes et de paroles, Après quelques essais infructueux, elle veut bien répondre à nos questions.

Au fur et à mesure de la conversation, elle s'anime, s'agite, accroche au hasard des phrases, des mots prononcés devant elle, fait des assonances et des jeux de mots, commence de grands discours, qui n'en finissent pas, saute

d'une idée à une autre, bref, autant par son accoutrement, que par sa fuite des idées, elle donne l'impression d'une maniaque, mais deux faits nous donnent à réfléchir. A l'examen clinique, son foie est légèrement douloureux, ses conjonctives sont nettement subictériques, enfin il existe une hyperesthésie considérable au niveau des mollets et des pieds avec grosse diminution des réflexes achilléens et rotuliens.

Les jours suivants, sa conversation, son allure, ses gestes, restent tout aussi maniaques, mais elle ne dorlotte plus son oreiller, elle nous assure que son enfant est couchée, malade dans une salle de l'hôpital, qu'elle vient de lui rendre visite et de la voir, d'ailleurs sa fille va mieux et elle se déclare enchantée et reconnaissante des bons soins que nous lui prodiguons. Agitation nocturne, mais pas d'hallucinations visuelles. Elle continue à se draper dans sa couverture, à démolir son lit, à déchirer sa chemise et à se vêtir des bandelettes qu'elle y confectionne. Le 20 août, elle est parfaitement calme dans son lit, toute trace d'agitation délirante a disparu, rien dans ses gestes ni dans sa voix ne peut être suspecté.

Elle nous apprend alors qu'elle a une fille de 15 ans, qui a été réellement malade et qu'elle a conduite aux Enfants Assistés, c'est en rentrant chez elle, qu'elle a eu quelque chose. Elle se souvient vaguement d'avoir déliré mais n'a aucun souvenir précis. Elle se plaint de violentes douleurs dans les membres inférieurs surtout au niveau du pied et du mollet, c'est une douleur continue, exagérée par la palpation, le simple poids des couvertures.

A l'examen, les deux pieds tombent par paralysie des extenseurs, que confirme d'ailleurs l'abolition des réflexes achilléens et rotuliens, la diminution de l'excitabilité faradique et galvanique au niveau des extenseurs et même des fléchisseurs des orteils. A partir du 23 août, elle peut être considérée comme normale, nous la passons alors dans le

service de médecine générale où nous la traitons pour sa polynévrite. Après de multiples séances de massage et d'électrisation, elle quitte le service le 25 octobre, en bonne voie d'amélioration.

Antécédents personnels : une fausse couche, une fille bien portante. Depuis dix mois, ses règles se sont arrêtées. Les excès alcooliques, niés par la malade, existent certainement aux dires de sa sœur.

Commentaires

Maniaque au premier abord, cette femme nous avait frappé par sa polynévrite, qui laissait déjà entrevoir la possibilité d'une intoxication alcoolique. Son délire était fort pauvre en hallucinations, il se bornait à l'illusion d'un oreiller, considéré comme un enfant, il s'accompagnait d'un peu de fabulation et de fausse reconnaissance. Bien qu'accompagnée d'une polynévrite, qui aurait pu en imposer pour un syndrome de Korsakoff, cet épisode a complètement guéri, preuve qu'il ne s'agissait que d'un épisode transitoire d'alcoolisme subaigu chez une alcoolique chronique.

Obs. 26. — (Personnelle). *Etat maniaque au cours d'un délire alcoolique subaigu.*

M. P..., âgé de 35 ans, cabaretier, entre le 20 juillet 1923, pour agitation. Dès son arrivée, nous sommes frappé par la note maniaque de son excitation. Gai, content, il répond avec volubilité à nos questions, erre à moitié nu dans la pièce, se démène dans tous les sens, accroche les paroles, fait des jeux de mots. Il ne paraît nullement halluciné.

Le lendemain il est très agité, ayant complètement vidé

son matelas, il en a répandu le duvet par terre et joue avec cette plume, il paraît courir à la poursuite de poulets imaginaires qu'il interpelle, qu'il nourrit et qu'il chasse d'une extrémité à l'autre de sa chambre. Malgré cette occupation, il répond aimablement à nos questions, nie tout excès alcoolique, bien que marchand de vin. A l'examen peu de chose, un peu de tremblement des extrémités, un peu de subictère des conjonctives.

Sur ces entrefaites, nous voyons la famille qui raconte qu'il a déjà eu une crise semblable il y a six mois, la période d'agitation a duré quatre jours. Sa femme reconnaît volontiers les excès alcooliques de son mari. Mis en éveil par l'imprégnation éthylique du sujet, par la répétition de l'accès maniaque, nous gardons le malade en observation. Effectivement en trois jours tout est rentré dans l'ordre, et le 25 juillet, il pouvait quitter le service, sans avoir conservé aucun souvenir de sa période d'onirisme, non professionnel, puisque cabaretier de son métier, il n'a jamais eu à s'occuper de poulets, mais son plus grand désir est de se retirer à la campagne et de s'y livrer aux joies de l'élevage.

Commentaires

Cet homme a donc présenté, par deux fois, un état maniaque caractéristique, bien que modifié par son onirisme. Contrairement aux alcooliques il n'a pas fait un délire professionnel, il a construit le sien avec ses tendances et ses désirs, l'intoxication a libéré le contrôle de sa pensée, et lui a permis d'extérioriser ses goûts subconscients. Son rêve, logique en soi, n'a revêtu une allure maniaque que par suite de l'alcoolisme surajouté. Guérison rapide, mais récidive probable parce que marchand de vin.

Obs. 27. — (Lasègue n° 22). *Alcoolisme subaigu, agitation maniaque, caractéristique.*

C..., domestique, 19 ans, ayant quitté sa place depuis peu de semaines pour travailler comme couturière.

Il y a deux jours, après avoir passé la nuit, avec un commis voyageur, elle va déjeuner avec lui, boit outre mesure et rentre seule à son domicile. Le soir, vers 11 heures, elle s'habille d'une robe de gaze jaune et parcourt la rue Montmartre, suivie et huée par les passants.

Interrogée le lendemain matin par le commissaire de police, elle parle un espagnol de fantaisie et se refuse à prononcer un seul mot de français.

Le lendemain elle se donne comme originaire d'Espagne, puis refuse de parler et déclare pouvoir seulement écrire. Elle écrit, en effet, qu'elle est née dans la Haute-Marne.

Le huitième jour, elle se décide à renoncer à ce mutisme partiel et raconte qu'un amant l'a emmenée à Madrid ; que là il a voulu se débarrasser d'elle en la faisant entrer dans une maison de prostitution, malgré sa vive résistance. Dans cette maison, on l'a revêtue de la robe de bal qu'elle porte pour l'introduire dans le salon. Un homme s'est présenté parlant espagnol, il l'a demandée, elle a refusé de le voir et sentant qu'on allait la forcer ou lui faire un mauvais parti, elle s'est évadée par la porte. Une fois dans les rues de Madrid, folle de terreur, elle a fini par retrouver l'adresse de son amant, et l'a contraint, en le menaçant de le dénoncer à la police, de la ramener à Paris. Ils ont pris ensemble le chemin de fer, mais en route, au point du jour, il est descendu aux abords d'une station et n'est pas remonté. C'est en sortant du chemin de fer qu'elle est arrivée sans savoir comment rue Montmartre portant encore le costume espagnol qui l'a perdue.

Trois jours plus tard, notre malade est complètement gué-

rie, elle se rappelle à peine quelques bribes de ses aventures imaginaires, qu'elle reconnaît n'être que de pure invention.

Obs. 28. — (Mallet). *Délire de persécution rétrospectif chez un alcoolique.*

Malade âgé de 30 ans, alcoolique chronique ayant eu des épisodes délirants avec hallucinations visuelles et auditives. Les premières ont rapidement cédé, mais les secondes ont persisté et entraîné la constitution d'un délire de persécution systématisé.

Il imagine, en effet, que les paroles qu'il a entendues ont été provoquées par un nommé V... qu'il n'a pas vu depuis 10 ans et dont il reconnait, cependant, nettement la voix. Ses idées fixes post-oniriques ne tardèrent pas à s'estomper, pourtant le malade ne fut complètement rassuré que lorsqu'on lui eut affirmé que V... avait été mis en prison.

Observation intéressante par la disparition progressive des hallucinations et la constitution d'un délire fixe post-onirique à caractère rétrospectif.

Obs. 29. — (Krafft-Ebbing). *Délire de persécution transitoire sans amnésie.*

W..., 33 ans, employé, marié, né de parents bien portants, n'a rien présenté d'anormal jusqu'alors. Intoxication alcoolique (vin et bière) depuis une dizaine d'années. Alimentation insuffisante pendant toute cette période. Depuis 1881 vomissements matinaux, tremblements au réveil. Dans l'été 1881 il fait une chute inconsciente contre un tronc d'arbre, une heure après nouvelle chute tout aussi inconsciente, reste trois jours dans le coma, ne conserve aucun souvenir de cet accident et guérit complètement. Depuis le printemps 1882, il est très excité, très ennuyé, éprouve des contrariétés dans

son métier. En juillet, l'agitation augmente, surtout à la suite d'excès alcooliques. Il dort mal, ressent des bourdonnements d'oreilles, des cauchemars surtout nocturnes, il entend des aboiements de chiens. Son entourage remarque qu'il est devenu particulièrement irritable et que de temps en temps il s'arrête en proie à des hallucinations horribles.

Le 3 septembre, il part pour Pest, ses compagnons de voyage remarquent son agitation, il entend des voix dans le wagon, ces voix s'expriment sur son compte, lui reprochent d'être un déserteur (en fait, il avait quitté son pays natal sans remplir son devoir militaire). A son arrivée à Pest il se sent très mal et très inquiet. Le soir, à dîner, dans le jardin de l'hôtel, il entend qu'on le demande, et on lui lit un ordre d'arrestation sous l'accusation de désertion. Sur le moment il ne s'inquiète pas trop, monte dans sa chambre, essaye de dormir mais n'arrive pas à trouver le sommeil. De tous côtés, comme au téléphone, il s'entend critiquer et dans toutes ces conversations, il est traité, de « chien noir ».

Le 4, il est très inquiet, n'ose pas circuler dans les rues, s'attend à tout instant à être arrêté, d'autant plus qu'il a entendu dire que l'ordre d'arrestation figurait dans le journal.

Dans la nuit suivante, un spectacle horrible s'offre à ses yeux, il aperçoit des ombres menaçantes, des nuages noirs, qui flottent dans la pièce, il entend des voix qui l'injurient et le traitent de « chien, bandit ». Il s'agite, très inquiet de ces paroles. Il descend dans la rue, remarque qu'il est l'objet de l'attention générale, de tous côtés on lui crie dessus, on le traite de sale bête, il se dirige vers la gare et prend le train pour retourner à Graz. Alors qu'il était dans le wagon, il entend des gendarmes, montés, pense-t-il, en même temps que lui, demander si le chien noir était embarqué. Aux stations, il y avait une foule de gens, qui voulaient voir le chien noir. Il se cache dans le wagon sous la banquette, parce qu'on lui jette des pierres. A un arrêt il entend dire : « faites vite car la foule va l'écharper ». Dans le coupé voisin, il en-

tend que l'on parle de lui et que l'on critique son existence. Arrivé à Graz, il s'empresse de se placer sous la protection de la police qui l'envoie à l'hôpital.

A son arrivée il est inquiet, ne dort pas la nuit et ses hallucinations continuent. Il entend le bruit et les menaces de la foule qui le suit depuis Pest. Ces voix prennent un accent souabe, il est originaire de cette région de l'Allemagne, il proteste oralement et par écrit contre les accusations qu'il entend, demande l'aide de la gendarmerie, la protection des autorités contre ceux qui le poursuivent. Les nuits sont plus agitées que les journées. Il est apyrétique, présente un gros foie, du subictère des conjonctives, du tremblement de la langue et des extrémités, de la sensibilité au niveau des mollets.

Petit à petit, sous l'influence de l'opium les nuits sont meilleures, les voix diminuent, à partir du 19 il modifie son délire et admet que tout cela n'était qu'une conception mentale. Fin septembre, il est complètement guéri. L'interrogatoire permet de préciser le caractère de ses hallucinations dont aucune n'a persisté après la guérison.

Ce cas est intéressant, car il montre que le malade peut conserver un souvenir très précis de tout son délire et ne pas faire nécessairement un psychose post-onirique. De plus, ce sujet avait des hallucinations surtout auditives, il n'en a pas moins guéri complètement, ce qui infirme la gravité du pronostic, attaché par certains auteurs, aux hallucinations de cette nature.

Obs. 30. — (Senges). *Délire subaigu, transitoire, ayant simulé la paralysie générale.*

Malade de 39 ans, s'étant présenté sous tous les dehors d'un paralytique général avec embarras de la parole, iné-

galité pupillaire, amnésie, indifférence et même un certain degré de confusion mentale. Il s'agissait d'un alcoolique chronique, victime d'un accident, tous les troubles s'améliorèrent très rapidement, sauf l'embarras de la parole, qui existait depuis la naissance. Rapidement guéri, a repris son travail.

Obs. 31. — (Demey).

Accès périodique d'alcoolisme subaigu, survenant au printemps. Observation intéressante par le grand nombre de récidives, sept accès en six ans et l'absence de tout incident délirant dans l'intervalle.

Obs. 32. — (Vallon et Bessières). *Guérison tardive d'une psychose alcoolique.*

Malade de 39 ans, alcoolique chronique, interné en 1900 à la suite d'une tentative de suicide, consécutive à des hallucinations visuelles et auditives et à un délire de jalousie. A son entrée, il est encore halluciné, se plaint d'être sous l'influence de l'électricité, est sujet à des impulsions psychomotrices, qu'il décrit minutieusement.

Après 5 mois d'internement, les hallucinations visuelles ont disparu, mais les autres mirent neuf ans à s'éteindre complètement. Ce n'est qu'en 1912, c'est-à-dire après un séjour de douze ans à l'asile que le malade demande à sortir. Parfaitement lucide ; il reconnaît qu'il y a trois ans, qu'il est délivré de tout souci hallucinatoire mais il a préféré attendre pour trouver une place.

Obs. 33. — (Babonneix et Brissot). *Onirisme avec troubles coénesthésiques et délire de persécution secondaire, chez un dégénéré alcoolique.*

Homme de 25 ans, ayant ressenti en octobre 1917, une piqûre au poignet droit. Cette piqûre destinée à lui em-

poisonner le sang, lui a fait contracter la syphilis et la tuberculose. Il aurait craché pendant quelques jours et tousse, il se serait mis à maigrir et à se sentir déprimé. Il s'est aperçu également qu'il n'avait plus « de nature » et il montre sa verge en prétendant qu'elle a dépéri. Dans la nuit on lui aurait fait une piqûre, il a aperçu une ombre s'enfuyant de la chambre où il se trouvait. Il manifeste de nombreux troubles coénesthésiques, de l'eau coule abondamment sur sa poitrine, il ressent des douleurs bizarres. Il n'a plus de forces.

Au début son délire n'est pas systématisé et ce n'est que secondairement que l'interprétation se produit. Un mois après il accuse son chef d'équipe d'avoir provoqué toutes ces piqûres et pourtant l'interrogatoire révèle qu'il ne ressent plus rien. Sujet dégénéré, alcoolique chronique ayant fait un délire de persécution, secondaire à un épisode onirique, nécessité d'internement.

Obs. 34. — (Wallon). *Stéréotypies, inertie systématique, perte des notions de temps, consécutives à une crise d'alcoolisme subaigu.*

Femme de 62 ans, alcoolique chronique, internée depuis douze ans à la suite d'un accès d'alcoolisme subaigu ayant duré deux mois.

Depuis cette époque elle se confine dans une attitude stéréotypée, systématique, faisant toujours les mêmes gestes donnant toujours les mêmes réponses. Elle a perdu toute notion de temps, de dates et de durée, mais a conservé l'intégralité de son raisonnement et de ses connaissances pratiques, elle ne paraît nullement démente et répond correctement aux différents tests, suggérés pour mesurer l'intelligence. L'auteur a pu réussir à connaître exactement son passé et à la confronter avec ses dénégations, elle n'en a pas moins persisté dans sa stéréotypie, niant l'évidence, s'étonnant d'une façon invraisemblable, trouvant réponse à tout.

Pour Wallon, il s'agirait d'une perte des notions de temps et de durée, reliquat d'un état confusionnel, consécutif à une crise d'alcoolisme subaigu. Ce déficit mental ayant favorisé les stéréotypies chez une malade dont l'histoire clinique montre qu'elle est particulièrement apte à suspendre sa vie de relation.

Obs. 35. — (Delmas). *Accès alcoolique subaigu, avec amnésie complète au cours de l'alcoolisme chronique.*

Cuisinière de 28 ans, entrée dans le service Ballet, le 15 janvier, dans un état d'agitation et de désordre très marqué. Elle ne s'est endormie que tard dans la nuit et s'est réveillée très calme, demandant avec étonnement, où elle se trouvait.

Elle a expliqué que la veille elle avait été à son travail et était sortie après le déjeuner pour se rendre dans sa chambre qu'elle habitait en ville mais elle ne s'est rien rappelé de ce qui s'était passé à partir du moment où elle s'est trouvée dans la rue.

Pendant dix jours, amnésie complète et ce n'est que le 26 janvier, qu'elle croit se rappeler, mais en faisant des réserves, qu'elle a peut être été en voiture et dans une baignoire. En dehors de ces deux faits bien minimes, l'amnésie est complète et persiste deux mois après.

Or, l'enquête a appris que l'amnésie porte, non pas sur 24 heures, mais sur six jours entiers, en somme, elle a fait une crise hallucinatoire subaigue avec amnésie à type lacunaire presque aussi complète que celle des états épileptiques.

Obs. 36. — (Barbé). *Psychose hallucinatoire alcoolique, persistance post- onirique des hallucinations et délire de persécution secondaire.*

N... Léon, menuisier, est interné une première fois le 8 mars pour accident subaigu au cours de l'alcoolisme chroni-

que. Il buvait en moyenne deux à trois absinthes par jour, du vin blanc et du vin rouge en grande quantité,

Sous l'influence de cette intoxication, il manifeste des hallucinations auditives, olfactives, gustatives, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution. Il envoie des lettres au Préfet de Police, au Procureur de la République, se plaint des poursuites dont il est l'objet, manifeste des idées de jalousie à l'égard de sa femme. Pendant son séjour à l'asile, il s'améliore, parvient à dissimuler ses hallucinations et son délire, sort guéri en apparence. Mais il recommence à boire et de nouveau donne libre cours à ses idées délirantes. Il envoie à nouveau des lettres au Préfet de Police et au Procureur de la République, menace sa femme de mort, dort avec une hache à côté de lui. Réinterné le 31 mars 1911. Depuis il entend continuellement et distinctement des injures, des grossièretés avec les deux oreilles. Il ne peut reconnaître ces voix ni les situer dans l'espace. Il a en même temps des hallucinations olfactives, gustatives, des troubles de la sensibilité générale. Les hallucinations visuelles ont cessé et ne paraissent avoir été qu'épisodiques.

Ce malade travaille régulièrement, se rend compte de son état, se doute du caractère pathologique de ses hallucinations, les nie, mais cherche à les dissimuler pour pouvoir quitter l'asile.

CONCLUSIONS

1° Au cours de l'alcoolisme subaigu peuvent se produire des psychose transitoires.

2° Elles revêtent plusieurs modalités :

a) Délire hallucinatoire avec hallucinations visuelles, auditives, olfactives, tactiles et psycho-motrices.

b) Dépression mélancolique, tantôt avec stupeur, tantôt avec agitation, pouvant produire un délire d'auto-accusation, d'auto-dénonciation et aboutir au suicide.

c) Délire à base d'interprétation revêtant la forme d'un délire de jalousie ou d'un délire d'influence.

3° Ces états psychiques guérissent mais récidivent car le malade ne tarde pas à boire à nouveau.

4° Le diagnostic de ces psychoses est quelquefois très délicat étant donné leur aspect clinique, confusionnel, délirant ou mélancolique.

5° L'isolement, la suppression de tout excitant, le sommeil en sont le meilleur remède.

6° Ces psychoses sont transitoires et ne nécessitent donc pas l'internement, celui-ci ne devient nécessaire que lorsque les rechutes sont trop fréquentes. Ces malades seraient surtout justiciables de l'asile de buveurs.

7° Au cours de leur accès, ces sujets peuvent commettre des actes délictueux, ils ne sauraient être rendus responsables d'actes commis en dehors de leur contrôle, mais on doit les poursuivre pour s'être adonnés à la boisson.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, *le Président*,
MARCEL LABBÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Adam. — Des internements abusifs (Paris, 1912).

Adam et Gensollen. — Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez l'enfant, enfance anormale (Paris,1914).

Anglade. — Délire systématisé secondaire (Congrès de Marseille, 1899).

Babonneix et Brissot. — *Revue neurologique*, 1919, p. 30.

Ballet. — Psychose hallucinatoire des alcooliques (*Encéphale*, novembre 1912).

Ball. — Leçons sur les maladies mentales (1890).

Barbé. — *Encéphale* (1912, p. 334).

Benon. — Alcoolisme à Paris, statistiques des alcooliques de Ville-Evrard (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1907).

Benon. — Alcoolisme cérébral (Paris, 1924).

Berbez. — Paralysie générale par excès alcooliques, (*Thèse de Paris*, 1892).

Bonnhoffer. — Monatschrifft für Psychiatrie und Neurologie (Band 41.1918-19).

Bush. — Les psychoses rétrogrades de l'alcoolisme (New-York, *médical journal*, 1911, p. 372).

Clark. — Quelques aspects psychologiques de l'alcoolisme (New-York, *Médical journal*, 1919, 930).

Clerambaul. — Délire alcoolique et restriction à la consommation de l'alcool (*Société de psychiatrie*, 27 décembre 1920).

Cololian. — Alcooliques persécutés (*Thèse de Paris*, 1897, 98, n° 150).

Cololian. — *Archives de neurologie* (1899, p. 373).

Cooper. — Alcool et liqueurs fortes dans certains cas de mélancolie survenus chez des démobilisés (*British médical journal*, 1919, 109).

Damay. — Alcoolisme onirique et tentative de suicide (*Progrès médical*, 1921).

Damay. — Société clinique de médecine mentale (15 avril 1912).

Delmas. — *Encéphale* (1910, 447).

Doane. — 3 cas d'alcoolisme aigu (*Médical clinic of North America Philadelphia*, 1921).

Doran. — Psychose alcoolique (*Albany médical annals*, 1910, 467).

Dourisbarne. — Idées de persécution dans l'alcoolisme (*Thèse de Paris*, 1889).

Dupré. — Rapport au Congrès de Grenoble (1902).

Dupré et Charpentier. — Ivresse délirante transitoire (*Encéphale*, 1906).

Dupré et Froissart. — Délire onirique alcoolique (*Encéphale*, 1908, 593).

Farrer. — Auto-observation de délire alcoolique (*American journal on Insanity*, janvier 1911).

Forts. — Diminution de l'alcoolisme à la faveur de la guerre (*Archiv. für Psychiatrie*, 1919, 861).

Hollenderski. — Statistique d'un service d'alcooliques de 1917 à 1921 (*Archiv. für Psychiatrie*, 1922, 587).

Huss Magnus. — L'alcoolisme chronique (Stochkolm, 1852).

Janet. — Alcoolisme et dépression mentale (*Journal of American Association*, 1921).

Johrens. — Psychose alcoolique chronique (Bonn, 1911).

Kirby. — Hallucinations alcooliques, leur pronostic et leurs relations avec d'autres psychoses (*Psychiatrie Bulletin of the New-York states hospital*, 1916).

Klarfeld. — Délire chez une alcoolique (*Encéphale*, 1909. 539).

Klippel. — Insuffisance hépatique dans les maladies mentales (*Archives gén. de médecine*, août 1892).

Klippel. — Origine hépatique de certains délires alcooliques (*Annales médic.-psychol.*, 1894).

Klippel. — Délire d'auto intoxication hépatique (*Revue de psychiatrie*, sept. 1897).

Kraépelin. — Alcool et vie de l'esprit (*Ligue anti-alcoolique* (Bâle, 1912).

Krafft-Ebbing. — *Traité de Psychiatrie* (Stuggart, 1883).

Lasègue. — L'alcoolisme subaigu (*Archives générales de médecine*, 1869, t. XLI, p. 513).

Lasèguee. — Délire de persécution (*Archives générales de médecine*, 1852).

Legrain. — Les poisons de l'intelligence (Paris, 1891).

Legrain. — Folie, crime, alcool (*Annales méd. Psycholog.* 1921).

Mac Curthy. — Facteurs étiologiques généraux, dans les psychoses alcooliques (*Britisch med. journal*. 1922, p. 204).

Mac Graiffin. — Psychoses alcooliques (*Journal for inébriety*, Boston, 1910, p. 154).

Magnan. — Leçons sur les maladies mentales (1897).

Mallet. — Société de psychiatrie (31 mai 1913).

Marcel. — Folie causée par l'abus des boissons alcooliques (Paris, 1847).

Mikhailoff. — Alcoolisme et névrose (*Archives internationales de neurologie*, 1921).

Mott. — Alcool et maladie mentale (*Britisch med. Journal*. 1922, p. 199).

Mouratoff. — Alcoolisme et psycho-névrose (*Encéphale*, 1912).

Parent. — Ivresse amnésique (*Toulouse médical*, 1910, p. 113).

Parisot et Aubry. — Perversion et aberration sexuelle au cours de l'alcoolisme (*Annales de médecine légale*, Paris, 1922).

Peretti. — Statistique d'un service d'alcoolisme (*Berliner Klin. Vochenschrifft*, p. 221, 1918).

Preisig et A. Madian. — Les alcooliques sont-ils des dégénérés ? (*Archives suisses de psychiatrie et de neurologie*, 1918, p. 147).

Régis. — *Précis de psychiatrie.*

Régis. — La phase de réveil du délire onirique (*Encéphale*, 10 mai 1911).

Rezza. — Forme paranoïde de l'alcoolisme (*Revista sperementella di Freniatria*, 30 décembre 1904).

Richmond. — Une méthode de diagnostic psychologique applicable aux alcooliques (*British Journal for, inebriety*, 1922).

Rittershauss. — Un cas d'hallucinose alcoolique chez l'enfant (*Zeitschrifft Für die Behand und Erforschung der jugendl. Schwachsinn*, Iéna, 1910, p. 476).

Robillot. — Délire de persécution d'origine alcoolique (*Thèse de Paris*, 1913).

Roubinovitch. — *Annales méd. Psychol.* (1894, p. 128).

Sagel. — Cas atypique d'hallucinations alcooliques (*Zeittschrifft der Gesell. für Neurol. und psychiatrie*, 1918).

Schneider. — Hallucinations alcooliques (*Psychiatric bulletin of the N. Y. states hospital*, 1916, Vol. 9. n° 1).

Scelert. — *Annales de la Charité* (Berlin, XXXVIII, 1913).

Sengès. — Société clinique de médecine mentale (20 mai 1912).

Sérieux et Capgras. — Délire d'interprétation (Paris, 1909).

Sollier. — Délire maniaque de longue durée chez un toxicomane à intoxications variées (héroïne, morphine, cocaïne, alcool) (*Encéphale*, 1910, p. 73).

Specht. — Contribution à l'étude des hallucinations de l'alcoolisme aigu (*Zeitschrifft der Gesell. für Neurol. und spychiatrie*, 1918).

Soukhanoff. — Mélancolie alcoolique *(Encéphale*, 1908, p. 314).

Stanford Read. — L'alcoolisme et les psychoses alcooliques à la lumière de la psycho-analyse *(Journal of mental sciences*, 1920).

Stoenesco. — Alcoolisme chronique compliqué de psychose *(Journal de médecine de Paris*, 1910, p. 581).

Thomeuf. — Alcoolisme subaigu, alcoolisme de la femme *(Thèse de Paris*, 1880).

Triboulet, Mathieu et Mignot. — *(Traité d'alcoolisme)*.

Triboulet et Mignot. — Alcoolisme *(in Traité Roger-Widal-Tessier)*.

Turner. — Quelques cas rares de manifestations anormales de l'alcoolisme, *(Memphis Medical J.*, 1914, p. 986).

Vallon et Bessières. — Société de psychiatrie (février, 1912).

Villaret. — St-Giron et Capoulade. Méningite alcoolique subaiguë. Constatation de l'alcool,dans le liquide céphalo-rachidien *(Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1919, p. 1112).

Vigouroux. — Délire par insuffisance rénale, ayant simulé le délire alcooliqne *(Société Méd. psychol.*,24 décembre 1902*)*.

Wallon. — Société de Psychiatrie (18 décembre 1903).

Wallon. — Hallucinacions psycho-motrices *(Annales médico-psychologique*, janvier-février 1895).

Wallon. — Délire transitoire alcoolique (Angers, 1898).

Warren-Stearns. — Confusion mentale alcoolique *(Boston medical and surgical journal*, 25 décembre 1913.

Wholey. — Action de l'alcoolisme sur certaines maladies mentales et nerveuses *(Journal of the American Medical Association*, Chicago, 1922, p. 322).

Williams. — Psychose alcoolique et psychopathes *(Lancet-Clinic*, 1914, p. 433).

Yagwer. — Amnésie alcoolique *(N. Y. Méd. Journal*, 1910, p. 473*)*.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Introduction 9

Chapitre I. — Définition 11

Historique 11

Etiologie 12

Chapitre II. — Symptomatologie 17

Hallucinations 17

Réactions motrices (forme maniaque) 21

Réactions psychiques { forme à type de dépression mélancolique ..... 22 ; forme à type de délire à base d'interprétation 25

Chapitre III. — Evolution 26

Chapitre IV. — Rechutes 29

Chapitre V. — Complications 30

Chapitre VI — Pronostic 31

Chapitre VII. — Diagnostic 32

Chapitre VIII. — Traitement 35

Chapitre IX. — Considérations médico-légales 37

Observations 39

Conclusions 71

Bibliographie 73

SAINT-AMAND (CHER). — IMP. A. CLERC.